EXPOSÉ DES TRAVAUX

DU

Dr G. LEPAGE

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
1898

TITRES

Interne des hôpitaux (1884-1888).

Chef de laboratoire à la Clinique Baudelocque (1889-1892).

Répétiteur à la Clinique Baudelocque (1890-1891-1892-1894-1895-1896-1897-1898).

Chef de clinique à la Clinique Baudelocque (1893).

Accoucheur des hôpitaux (1894).

Accoucheur adjoint à l'asile Michelet (1895-1898).

Admissible aux épreuves définitives du concours d'agrégation d'accouchements (1895).

Assistant à la Maternité de Beaujon (1896-1897).

Accoucheur de la Pitié (1898).

ENSEIGNEMENT

Moniteur des travaux pratiques d'obstétrique à la Faculté de médecine de Paris pendant le second semestre des années scolaires 1885-1886, 1887-1888, 1888-1889.

Cours public d'accouchements à l'Association générale des Étudiants pendant :
Le 4e trimestre de 1888 ;
Le 1er et le 4e trimestre de 1889 ;
Le 1er et le 4e trimestre de 1890 ;
Le 1er trimestre de 1891.

Pendant la durée de notre clinicat, leçons *hebdomadaires* de diagnostic obstétrical comprenant : 1° l'exposé d'une question de diagnostic obstétrical ; 2° la présentation de malades ayant des particularités relatives au sujet traité.

Les principales questions exposées ont été les suivantes :

Diagnostic de la présentation du sommet pendant la grossesse.

Diagnostic des positions et des variétés de position pendant la grossesse et pendant le travail.

Diagnostic de la grossesse.

Diagnostic de la présentation du siège et de ses variétés.

Diagnostic de la présentation de l'épaule pendant la grossesse et l'accouchement

Diagnostic de la présentation de la face.

Diagnostic de la grossesse gémellaire.

Diagnostic des rétrécissements du bassin.

Diagnostic de la mort du fœtus pendant la grossesse et pendant le travail.

Diagnostic de la cause de la mort du fœtus.

Diagnostic de l'albuminurie pendant la grossesse et le travail.

Diagnostic des accès éclamptiques.
Diagnostic de la rétroversion de l'utérus gravide.
Diagnostic de l'hydramnios.
Diagnostic de l'hydrorrhée.
Diagnostic de l'avortement.
Diagnostic de la grossesse extra-utérine.
Diagnostic des accidents septiques chez les accouchées.
Diagnostic des corps fibreux utérins pendant la grossesse et l'accouchement.
Diagnostic du bassin oblique ovalaire.

Cours théorique et pratique d'accouchements à la Clinique Baudelocque.

Chaque année depuis 1892, sauf pendant l'année 1893 où nous étions chef de clinique, nous avons fait au moins une fois par an le cours théorique et pratique d'accouchements, en 25 leçons avec exercices pratiques sur le mannequin; ce cours, dont le programme a été arrêté par le professeur Pinard, est fait à tour de rôle par chacun des répétiteurs.

Conférences cliniques hebdomadaires faites :

A. — A la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, du 1er septembre 1894 au 1er février 1895.

B. — A la Maternité de l'Hôtel-Dieu annexe, du 1er juin 1895 au 1er novembre 1895.

C — A la Maternité de Beaujon, du 15 août 1897 au 1er décembre 1897.

TRAVAUX DIVERS

En 1884, deux communications à la Société Anatomique sur des faits recueillis dans le service du Dr Aug. Ollivier aux Enfants-Malades : l'une sur un arrêt de développement de l'un des deux reins; l'autre se rapportant à plusieurs faits d'ulcération de la muqueuse de l'œsophage chez des enfants atteints de coqueluche.

En 1885, une communication à la Société Anatomique sur un cas de mort par étranglement intestinal chez un jeune homme ayant une fracture de la colonne vertébrale.

Une observation d'angine herpétique d'un diagnostic difficile, publiée par le Dr Aug. Ollivier au Congrès de Blois (1884).

Méningite suppurée localisée (due au micrococcus tetragenss) chez une femme enceinte. En collaboration avec le Dr FERNAND BEZANÇON. (Communication à la *Société Médicale des hôpitaux*, 21 janvier 1898.)

Il s'agit d'une malade observée à la Maternité de Beaujon et qui, dans les derniers mois de la grossesse, présenta des phénomènes de paralysie motrice du membre supérieur gauche. Bientôt survint une hémiplégie gauche complète avec abcès épileptiformes. Vu les antécédents de syphilis, l'absence de fièvre, le diagnostic de lésion syphilitique fut posé et le traitement institué. La femme mourut bientôt dans le coma. L'autopsie montra que les accidents d'excitation cérébrale et de paralysie étaient dus en réalité à une très grosse plaque de méningite suppurée siégeant dans la région rolandique.

L'origine tétragénique de cette méningite suppurée n'est pas douteuse; ce n'est pas par simple culture du pus que le microbe a

été décelé, mais l'examen direct sur lamelles a montré d'innombrables tétrades encapsnlées, ce qui éloigne toute possibilité d'infection agonique ou cadavérique. Les cultures pratiquées dans le but de déceler d'autres microbes pyogènes, streptocoque ou staphylocoque, nous ont amenés à cette conclusion qu'il s'agissait d'une infection due au seul micrococcus tetragenes, que l'inoculation aux animaux nous a montré être virulent.

CHIRURGIE

Deux observations d'hystérectomie vaginale pour épithélioma du col recueillies dans le service du Dr F. Terrier, et publiées dans la thèse du Dr A. Gomet, Paris, 1886, sur l'hystérectomie vaginale en France (p. 60 et 93).

Plusieurs observations d'*ovariotomie* recueillies à l'hôpital Bichat, et publiées par M. Terrier.

De l'expectation dans le traitement des plaies par balles de revolver de petit calibre. (*Gazette hebdomadaire*, 1885.)

Cette note, qui comprend la relation de douze observations recueillies dans le service de M. Terrier, montre les avantages de la non-intervention dans la pluralité des cas de plaies par balles de petit calibre.

TRADUCTION

Traduction d'une partie (*Maladies des organes génito-urinaires*) du *Traité de Pathologie interne et de Thérapeutique* du Dr Hermann Eichhorst (chez G. Steinheil, 1889).

SYPHILIS

De la syphilis par conception (d'après une leçon du professeur Fournier).
(*Union médicale*, janvier 1889.)

Syphilis placentaire.

Dans le Fonctionnement de la Clinique Baudelocque, publié chaque année, nous avons réuni les cas où la mort du fœtus *in utero* était due d'une manière *certaine* ou probable à la syphilis et nous avons rapproché les poids des fœtus des poids des placentas pour montrer l'hypertrophie qui atteint habituellement ces derniers.

Syphilis vaccinale.

Rapport à M. le Directeur de l'Assistance publique sur plusieurs cas de syphilis vaccinale. Dans une même séance, quatorze sujets avaient été vaccinés ou revaccinés avec du vaccin humain pris sur le même enfant âgé de deux mois et demi qui succomba peu de temps après à des accidents probables de syphilis viscérale, sans manifestation extérieure.

Sur les quatorze sujets vaccinés, sept présentèrent au bout de peu de temps des signes manifestes de syphilis dont la porte d'entrée était nettement au niveau des insertions vaccinales. Chez un huitième sujet, la syphilis n'était pas non plus douteuse ; mais le chancre siégait sur l'amygdale et il était logique d'admettre que ce sujet avait été infecté secondairement par l'une des victimes de la syphilis vaccinale.

Ainsi sur les quatorze sujets vaccinés, sept victimes directes : chez l'une d'elles, une fille de 21 ans, enceinte de six mois, la syphilis présentait tous les caractères de ce que le professeur Fournier appelle la syphilis maligne précoce.

Les conclusions de ce rapport établissant d'une manière irréfutable ces cas de syphilis vaccinale et interdisant d'une manière absolue l'usage de la vaccine humaine, ont été approuvées par une commission médicale nommée pour l'étude de ces accidents.

OBSTÉTRIQUE

Basiotripsie.

Dans son mémoire sur le basiotribe Tarnier, M. Pinard, après avoir relaté différentes expériences faites sur le mannequin à l'aide du basiotribe, a rapporté plusieurs observations de basiotripsie pratiquée sur la femme vivante.

La première de ces opérations a été faite à Lariboisière le 19 janvier 1884, en présence du professeur Tarnier ; cette observation I (page 36 dudit mémoire) a été rédigée par nous.

Le Dr Ribemont-Dessaignes a publié en août 1886 (*Annales de gynécologie*), une note sur une manœuvre destinée à favoriser l'extraction du tronc du fœtus dans la basiotripsie ; cette manœuvre consiste, lorsque les épaules sont retenues au niveau du rétrécissement du bassin, à exercer des tractions sur l'un des membres supérieurs, au risque de fracturer l'humérus, et d'abaisser ce membre supérieur : l'engagement successif des épaules est possible, alors que l'engagement simultané rencontre des difficultés presque insurmontables. Les observations 2, 3 et 4 de ce mémoire ont été recueillies par nous à la Maternité de Lariboisière.

Parmi les différentes opérations de basiotripsies pratiquées par nous, j'en signalerai une publiée dans la thèse de Pierre Farabeuf (1893, page 122). Chez cette femme, nous fûmes obligé, fait exceptionnel, de pratiquer, pour extraire l'enfant, six applications du basiotribe. Cette femme étant revenue accoucher ultérieurement dans le service, le professeur Pinard jugea nécessaire, afin d'avoir un enfant vivant, de pratiquer une opération de Porro en raison de la viciation extrême du bassin.

Avortement.

Dans une revue sur la thérapeutique de l'avortement (*Gaz. hebdo*,

madaire de médecine et de chirurgie, 1887), le Dr Auvard rapporte une observation recueillie par nous dans le service de M. Pinard : « Avortement de cinq mois. Rétention du placenta. Expulsion spontanée six jours après l'avortement ».

Observation d'œdème de la lèvre antérieure du col dans une présentation du sommet en O.I.G P. (In thèse du Dr BAYLIN sur l'œdème de la lèvre antérieure du col dans les positions occipito-postérieures pendant le travail.) Th. Paris, 1886, p. 34.

Il s'agit d'une secondipare chez laquelle à la suite d'une rupture prématurée des membranes, l'accouchement eut lieu trois jours après : la tête fœtale s'engagea en O.I.G.P. et se dégagea en O.S. Malgré le petit volume du fœtus qui pesait 2,100 gr., on observa de l'œdème de la partie antérieure de l'orifice, et je fus obligé de terminer par une application de forceps.

Quatre observations de malformation utérine, recueillies à la Maternité de Lariboisière et à la Clinique Baudelocque et publiées dans la thèse du Dr J. PICOT sur *les malformations de l'utérus et du vagin.* Paris, 1891.

Les trois premières (p. 55, 56 et 69) sont des cas d'utérus cordiformes dans lesquels les fœtus se présentaient par le siège. L'examen des membranes permit de contrôler le diagnostic.

La quatrième observation (p. 49) est plus intéressante : il s'agit d'un utérus présentant une cloison verticale qui formait au niveau du col deux orifices distincts. Cette cloison qui remontait sur toute la hauteur de l'utérus, présentait une solution de continuité assez étendue vers sa partie moyenne. Ces différentes constatations ont été faites par le professeur Pinard, pendant que la femme était soumise à l'anesthésie chloroformique.

Présentations du siège.

Dans les cas de présentation du siège décomplété mode des fesses, non engagé, M. Pinard a fait connaître une méthode qui consiste à abaisser l'un des pieds, et dans les cas où il est difficile

d'attaindra le piad situé très haut dans la cavité utérine, d'agir sur la faca postérieure de la cuissa : par das pressions exercéea à ce niveau, on fait fléchir la cuisse sur la bassin. A la suita de ce mouvement, la jambe du fœtus se fléchit spontanément at le pied tombe pour ainsi dire sur la main de l'accoucheur qui le peut saisir facilement.

Cette méthoda a été bien décrite dans la thèse de notre ami le Dr Mantel (1889) ; les deux obsarvations XIII et XIV da ce travail, qui sont les deux premières où M. Pinard ait employé cette métbode, ont été recueillies par nous.

Il nous a été donné dans plusieurs cas de l'utilisar avec succès ; nous en avons rapporté deux observationa (in *Concours médical*, 1890).

Dans un cas il s'agissait d'une primipare, ayant un rétrécissement du bassin, chez laquelle le fœtus se présentait par le siège décomplété mode des fesses ; plusieurs tentativea infructueuses avaient été faites : je pua, non sans difficulté, atteindra la creux poplité, faire descendre le pied, et terminar cette extraction.

Dans l'autre observation, le siège était profondément engagé puisque les bourses du fœtus faisaient déjà hernie à travers l'orifice vulvaire de la mère ; le siège était décomplété ; bien qua la fœtus fût à terme et assez volumineux, je pus, à l'aide de la flaxion da la cuisse, abaisser la pied antérieur ct l'amener au dehora.

De la provocation de l'accoucbement dans l'albuminurie gravidique.

Dans une ravue sur l'albuminurie et l'éclampsia gravidiques, in *Revue pratique d'obstétrique*, 1890, Varnier a rapporté une observation recueillie par nous, dans laquelle M. Pinard a provoqué l'accouchement pour des accidents gravas (cécité, etc.), au coura d'une albuminurie gravidique.

J'ai publié, en 1891 (in *Conc. médical*), une observation personnelle dans laquelle j'ai provoqué l'accouchement chez une secondipare qui était atteinte d'éclampsia malgré le régime lacté exclusif.

En septembre 1897, j'ai fait sur ce sujet à la Maternité de Beaujon quatre conférences dans lesquelles j'ai insisté sur les règles qui doivent guider l'accoucheur dans cette question.

Rupture prématurée des membranes.

L'observation I (p. 80) du mémoire de M. Pinard sur « la rupture prématurée dite spontanée des membranes de l'œuf humain » (*Annales de gynécologie*, 1886) a été rédigée par nous ; elle peut être ainsi résumée :

« Insertion vicieuse du placenta ; hémorrhagie au début du travail ; irrigations chaudes à 48° ; présentation du siège en S. I. P. P. ; rupture artificielle des membranes ; arrêt de l'hémorrhagie ; enfant mort ; bec-de-lièvre double, hernie diaphragmatique. »

Placentas multiples.

Plusieurs observations (obs. 10, 18, 24, 25) de *placentas multiples dans les grossesses* simples, recueillies par nous, ont été publiées dans le mémoire de M. Ribemont-Dessaignes sur ce sujet (*Annales de gynécologie*, 1887).

Chorée gravidique. Traitement par le chloral à hautes doses.
(In Th. du Dr Riche, Paris, 1891.)

C'est une des premières observations dans lesquelles, en 1886, M. Pinard ait employé le chloral à hautes doses (8 à 10 gr. par 24 heures) comme traitement de la chorée gravidique. La femme, malgré une chorée des plus intenses ayant débuté dès le 5e mois de la grossesse, accoucha à terme. La chorée avait cessé quinze jours avant l'accouchement, le traitement par le chloral fut suspendu à ce moment. L'enfant naquit vivant, mais succomba dans les 48 heures qui suivirent l'accouchement.

Déchirure centrale du périnée. (In thèse de JOFFRION, 1897.)

Dans cette observation, la déchirure était restée centrale et s'était cicatrisée en formant seulement une petite cicatrice étoilée.

Une autre observation recueillie à la Maternité de l'Hôtel-Dieu Annexe a été publiée par le Dr L. Lambertenghi (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, Gennaio, 1897), à la suite d'une leçon faite par nous sur ce sujet : pendant le dégagement de la tête par l'orifice vulvaire, la main, puis l'avant-bras droit étaient sortis à travers une déchirure centrale du périnée.

Placenta albuminurique.

Plusieurs descriptions de placentas albuminuriques publiés dans la thèse du Dr Rouhaud (*Des lésions du placenta dans l'albuminurie*. Th. Paris, 1886) ont été rédigées par nous.

Réduction manuelle des présentations de la face.

M. Pinard emploie pour cette réduction le manuel opératoire préconisé jadis par Baudelocque et Mme Lachapelle et depuis longtemps délaissé. Il introduit deux doigts ou la main dans le vagin et les applique sur la fontanelle antérieure généralement accessible ; l'autre main restée libre va, au travers des parois abdominales, à la recherche de l'occiput et exerce sur cette région des pressions simultanées. Tandis que les doigts introduits dans le vagin pressent de bas en haut sur le frontal, les doigts appliqués sur l'occiput le poussent de haut en bas. J'ai rédigé l'une des premières observations où M. Pinard a employé cette méthode (*Traité du palper abdominal*, 2e édition, Paris, 1889, p. 332).

Hystérie et grossesse.

Dans sa thèse (1886) le Dr A. Léonard a rapporté deux observations

recueillies par nous ; dans l'une (p. 50), les phénomènes hystériques se montrèrent au cours de la grossesse ; dans l'autre les accidents persistèrent après l'accouchement.

De 1884 à 1891, collaboration au *Concours médical* dans lequel j'ai publié un certain nombre de revues ayant surtout trait à la pratique obstétricale et parmi lesquelles je citerai :

Année 1885. — **Le basiotribe Tarnier.**

Année 1886. — **Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement.**

Conduite à tenir dans la rétention du placenta après l'avortement.

Des rapports du diabète avec la vie utérine, la menstruation et la grossesse.

Irrigation continue comme traitement des infections puerpérales.

Traitement des gerçures du sein.

Dilatation préfœtale de la vulve.

Année 1887. — **Syphilis et allaitement.**

Opération césarienne.

Version par manœuvres externes.

Traitement de l'endométrite.

Conveuse et gavage.

Version par manœuvres mixtes.

Année 1888. — **Des moyens de provoquer l'accouchement. — Analgésie chloroformique pendant le travail.**

Conduite à tenir dans les rétrécissements du bassin.

De l'embryotomie rachidienne (analyse de la Thèse du Dr Potocki).

Dee présentatione de l'épaule et de leur traitement.

Méningite tuberculenee et groeeease.

Diagnostic des présentations et des positione par le palper pendant la groeeeeee.

L'infection puerpérale.

Année 1890. — **Antieepeie obstétricale.**

Dystocie caueée par le siége décomplété.

Groeeesse extra-utérine.

Vereion bipolaire.

Aooée 1891. — **Des indications de l'application du forceps.**

Albuminurie et éolampsie puerpérales.

Vereion par manœuvres internes.

Règlee générales de l'application de forcepe.

Le ballon Champetier de Ribes.

De l'application du forceps au détroit supérieur.
(Thèse inaugurale, Paris 1888.)

Dans cette étude, faite entièrement sous la direction du professeur Pinard, nous avons fait connaître la méthode qu'il préconisait depuis 1883 pour appliquer le forceps au détroit supérieur.

Cette méthode consiste à saisir la tête d'une manière régulière, c'est-à-dire à appliquer le forceps sur les parties pariétales de la tête comme on le fait dans l'excavation. Cette manière de faire a bien été indiquée autrefois par Smellie et Baudelocque; mais ces auteurs paraissent avoir éprouvé de grandes difficultés dans l'application de ce principe et il n'est même pas démontré qu'ils aient mis en pratique les règles qu'ils ont posées.

En tout cas, cette méthode était complètement abandonnée; on la déclarait même impossible à appliquer. M. Pinard a démontré que la prise régulière de la tête au niveau du détroit supérieur était supérieure à tout autre mode d'intervention.

A l'appui de cette manière de voir, nous avons successivement étudié :

1° L'*attitude de la tête fœtale* au niveau du détroit supérieur, qui comprend non seulement le diagnostic de la position, mais encore du degré de flexion de la tête, de son inclinaison, de son degré d'engagement et enfin des rapports du volume de la tête fœtale avec les dimensions du détroit supérieur. « Il nous semble, disons-nous, qu'on accorde une trop grande importance à la mensuration exacte des diamètres du bassin; la pelvimétrie instrumentale commence heureusement à être délaissée. Sans doute il est intéressant d'apprécier à peu prés exactement le diamètre promonto-sous-pubien et d'en déduire le diamétre promonto-pubien minimum, afin d'évaluer. quelles sont les chances que l'on a d'extraire un fœtus vivant. Mais n'y a-t-il pas également à tenir compte un peu plus du volume de la tête fœtale? Rien ne servirait à un ingénieur de chemin de fer de savoir la hauteur d'un pont s'il ne connaissait en même temps l'élévation du wagon qui doit s'engager sous ce pont. C'est donc avec raison que M. Pinard insiste depuis quelques années sur la nécessité d'examiner à l'avance si la tête déborde peu ou pas la symphyse pubienne; faisant coucher la femme sur le dos, il applique, dans l'intervalle d'une contraction, la tête fœtale contre le promontoire, en la repoussant aussi fortement que possible et en l'immobilisant en cette position, il recherche si la téte surplombe au-devant de la symphyse. »

2° Le manuel opératoire de l'application de forceps au détroit supérieur comprend plusieurs temps : 1° introduction de la main ; 2° introduction et placement de la première branche ; 3° introduction de l'autre main et placement de la seconde branche ; 4° articulation ; 5° extraction.

1er TEMPS. — *Introduction de la main.* — L'accoucheur doit introduire la main, *toute la main*, une partie même de l'avant-

bras, si la chose est nécessaire, pour aller à la recherche de l'oreille postérieure, se rendre compte des particularités du bassin, de la situation exacte de la tête fœtale, du degré d'engagement de la tête, du degré de flexion, de la variété d'inclinaison, si inclinaison il y a. A l'aide de cette main, il faut chercher à abaisser l'occiput et à repousser le front en haut. Si la tête est déjà très amorcée, la manœuvre n'est pas facile; mais on arrive toujours à améliorer un peu la situation de la tête au point de vue de son degré de flexion et de son inclinaison. Si l'inclinaison a lieu sur le pariétal antérieur, l'action de la main est très précieuse ; grâce à elle, on peut abaisser dans une certaine mesure l'oreille postérieure, ce qui facilite singulièrement l'application des cuillers et l'articulation des branches. La main introduite la première sera, bien entendu, la main droite, s'il s'agit d'une position gauche, la main gauche pour une position droite.

2e temps. — *Introduction et placement de la première branche.* — La main, ainsi introduite, a la face palmaire appliquée sur l'oreille postérieure ; la face dorsale est en contact avec la face interne de l'utérus. L'autre main saisit le manche de l'une des branches (celle de même nom), puis introduit peu à peu la cuiller suivant les règles habituelles, c'est-à-dire qu'on introduit cette branche doucement, comme un cathéter, en rasant la face antérieure de l'avant-bras et la face palmaire de la main qui sert de guide et sur laquelle la cuiller chemine constamment à plat ; puis on enfonce doucement le cathéter — non — la cuiller jusqu'à ce qu'elle touche à l'oreille, coupant son extrémité supérieure et venant par son extrémité au niveau de l'apophyse malaire. On donne au manche une direction variable suivant le degré de flexion : si la tête est peu fléchie, on incline le manche du côté où se trouve l'occiput, de manière à ce que : 1° l'axe de la cuiller se rapproche le plus possible de l'axe-occipito-mentonnier ; 2° à ce que les tractions aient pour résultat d'abaisser l'occiput.

Il importe en effet de se rendre bien compte, d'après les dispositions des fontanelles, du degré de flexion de la tête.

Quant à la direction à donner au manche, elle doit toujours être telle que les tractions ne puissent produire ou augmenter la déflexion.

La première branche est placée, elle est placée aussi bien que possible : la main — guide — est alors retirée doucement, tandis que l'autre main fixe la branche, l'empêche de dévier. Cette branche ne doit plus bouger ; c'est elle qui servira de point de repère pour placer symétriquement l'autre branche, l'antérieure. On la confie à un aide qui la saisit solidement par le manche et avertit l'opérateur s'il survient le moindre déplacement.

3e TEMPS. — *Introduction de l'autre main et placement de la seconde branche.* — L'accoucheur introduit doucement l'autre main, — la main gauche, il s'agit d'une O. I. G. T. — et sur cette main comme guide glisse la seconde branche, la branche droite. L'extrémité de la cuiller doit être poussée aussi en arrière que possible, jusqu'à venir *toucher la paroi* postérieure du bassin. C'est alors seulement qu'on commence à abaisser un peu le manche de cette branche, en même temps qu'avec les doigts de la main enfouie dans les parties génitales, on presse sur le bord convexe de la cuiller que l'on ramène ainsi peu à peu en avant, jusqu'à ce qu'elle ait atteint ou à peu près la ligne médiane. Généralement la branche antérieure est alors enfouie dans l'utérus ; elle est introduite parfois de 8 à 10 centimètres de plus que la postérieure ; ce qui tient en partie à la différence de niveau des deux oreilles. Si l'on tire alors en bas cette seconde branche en l'arc-boutant légèrement contre la symphyse, on détruit alors l'obliquité de la tête, ou mieux son inclinaison. Le forceps vient d'agir, ou plutôt l'une des branches, l'antérieure, vient d'agir comme un levier.

Ce mouvement de spire est très important : de sa bonne exécution dépend souvent tout le succès de l'opération. Il ne ressemble guère au mouvement qu'indique Levret lorsqu'il enfonce la cuiller en arrière, puis la ramène en avant ; c'est alors le bord seul de l'instrument qui chemine. Ce mouvement se rapproche davantage du mouvement de spire de Mme Lachapelle, dont il diffère cependant en ce qu'il se passe au-dessus du bassin, tandis que l'autre a lieu dans l'excavation et qu'il est beaucoup plus limité.

4e TEMPS. — *Articulation.* — Il est alors facile d'articuler les deux branches du forceps ; on serre suffisamment la vis de pression, on libère les tiges de traction sur lesquelles on applique le trac-

teur. Ce dernier temps présente parfois une certaine difficulté qui tient à ce que chez certaines femmes les branches de traction sont enfouies dans le vagin et que leur extrémité est située souvent au ras de la vulve. Il suffit d'un peu d'habitude du forceps Tarnier pour n'attacher aucune importance à ce petit obstacle.

5° TEMPS. — *Extraction.* — Avant de commencer les tractions, on s'assure par le toucher que la tête est seule saisie, qu'elle est bien saisie et l'on tire. Il suffit alors de se laisser guider par les branches du forceps : c'est le bassin qui oriente l'instrument. On voit alors les manches du forceps s'incliner peu à peu en arrière jusqu'à ce que la bosse pariétale antérieure ait franchi le détroit supérieur.

Il importe, pendant les tractions, de surveiller la vis de pression : il arrive, en effet, que la tête, descendant peu à peu, se trouve serrée plus fortement par la ceinture osseuse que par le forceps lui-même, ou du moins celle-ci ne diminue autant le volume de la tête que parce qu'il est serré lui-même par le bassin. La vis de pression n'est plus alors assez serrée : il faut serrer à nouveau ; sans cette précaution l'instrument dérape. On l'accuse à tort de cet accident. L'opérateur seul est coupable.

Les tractions ne doivent autant que possible être exercées que d'une main ; il faut de temps en temps toucher avec les doigts de l'autre main pour s'assurer des progrès que fait la tête ; c'est surtout lorsque le forceps sort peu à peu des parties génitales qu'il importe de s'assurer que la tête suit la progression du forceps et qu'il n'y a pas de menace de dérapement.

Lorsque le fœtus est extrait, on peut se rendre compte des positions diverses qu'ont occupées les cuillers par rapport à la tête fœtale, en examinant les empreintes. On voit alors que les empreintes de la première application sont marquées sur les deux oreilles, l'extrémité des cuillers appuyant sur leur partie inférieure, tandis que dans la seconde application, les empreintes de l'extrémité des cuillers portent sur les joues. Il faut également remarquer que dans certains cas, les empreintes montrent bien que, par suite de la mobilité de la tête entre les cuillers, la flexion s'est opérée : on observe alors deux empreintes différentes qui correspondent

aux deux positions différentes occupées par la tête entre les cuillers.

Une autre remarque, c'est que dans toutes les applications de forceps, c'est la branche antérieure qui laisse sur la joue la trace la plus manifeste.

3° Cette étude se termine par un parallèle entre l'application de forceps régulière et les autres modes d'application : elle est d'exécution un peu plus difficile, mais permet de réaliser trois conditions nécessaires pour une bonne application : 1° prise régulière de la tête ; 2° traction dans l'axe du canal que la tête doit parcourir ; 3° mobilité de la tête pendant son parcours.

Cette méthode qui n'avait qu'un but, celui de diminuer le nombre des basiotripsies faites sur des enfants vivants, a été abandonnée depuis la rénovation de la symphyséotomie.

Traité pratique d'antisepsie obstétricale.

Ce traité fait partie d'un ouvrage publié en collaboration avec les Drs P. Le Gendre et Barette et qui porte le titre de « Traité pratique d'antisepsie appliquée à la thérapeutique et à l'hygiéne (Médecine-Chirurgie-Obstétrique). » Chez G. Steinheil, Parie, 1888 (Prix Chateauvillard, 1889).

La partie obstétricale a été entiérement rédigée par nous ; voici comment elle est divisée :

Chapitre I. — *De l'antisepsie obstétricale en général.* — Son importance n'est pas moindre que celle de l'antisepsie chirurgicale. Elle doit sauvegarder l'accouchée de tout accident septique.

Quest-ce que la septicémie puerpérale au point de vue pathogénique? — État de nos connaissances actuelles en microbiologie sur la septicémie puerpérale. Pasteur. Doléris. Cornil et Babès. Arloing. Doyen. — Prédisposition de la femme enceinte à la septicémie.

L'antieepsie obstétricale doit : 1° empêcher la septicémie ; 2° la combattre lorsqu'elle existe. — Elle doit donc être : 1° prophylactique (directe ou indirecte) ; 2° curatrice. — Il faut que l'acouchement soit aseptique: c'est le premier et principal but à atteindre par l'antisepsie. — Il ne peut y avoir de bonne antisepsie obstétricale sans une hygiène sévère.

Chapitre II. — *L'accoucheur.* — Désinfection des personnes qui donnent des soins aux accouchées. — Désinfection des mains, des vêtements.

De l'usage des manchettes et des vêtements de toile. — Des précautions à prendre par les praticiens. — Un accoucheur peut-il faire des autopsies?

La devise de l'accoucheur doit être : *Science, patience, propreté.*

Chapitre III. — *Les antiseptiques en obstétrique.* — Des principaux antiseptiques employés en obstétrique. — Du choix d'un bon antiseptique obstétrical dans une Maternité et en clientèle. — Alcool — Sulfate de cuivre. — Acide boride. — Iodoforme. — Nitrate d'argent. — Acide phénique. — Bichlorure de mercure. — Biiodure de mercure. — Naphtol.

Chapitre IV. — *Antisepsie de l'arsenal obstétrical.* — De la désinfection des instruments en général. — Leur nettoyage. — Des injecteurs : qualités requises pour un injecteur. — Canules vaginales. — Sondes intra-utérines. — Bassin. — Bout de sein. — Tire-lait. — Objets de pansement.

Chapitre V. — *Des injections.* — Des injections vaginales. Manuel opératoire et indications. — Des injections intra-utérines. Manuel opératoire. — Leurs dangers. — De l'irrigation intra-utérine prolongée et continue.

Chapitre VI. — *De l'antisepsie dans l'avortement.* — Les précautions à prendre pour l'avortement sont aussi importantes et nécessaires que pour l'accouchement. — Antisepsie de l'avortement sans complications. — Traitement antiseptique des complications de l'avortement : hémorrhagies, rétention du placenta, septicémie. — Curage et écouvillonnage de l'utérus. — Expectation antiseptique.

Chapitre VII. — *De l'antisepsie pendant la grossesse.* — Nécessité de l'examen des femmes enceintes. — Bains. — Injections vaginales pendant la grossesse. — Traitement antiseptique des écoulements vaginaux et des végétations pendant la grossesse. Propreté des seins. — Du cathétérisme pendant la grossesse. — Précautions antiseptiques générales.

Chapitre VIII. — *De l'antisepsie pendant le travail.* — Examen de la femme. — Garniture du lit. — Toilette de la femme. Précautions à prendre pour le toucher vaginal.

Des injections vaginales pendant le travail. — Les réservoirs

(rectum, vessie) doivent être vides. Le spray est inutile. — Précautions à prendre au moment de l'expulsion du fœtus.

CHAPITRE IX. — *Antisepsie de la délivrance*. — La délivrance doit être complète. — Précautions à prendre après l'accouchement : s'abstenir de toucher. — Des diverses méthodes de délivrance.

Traitement antiseptique des hémorrhagies liées à la délivrance. — La délivrance artificielle est une opération grave, pour laquelle une asepsie rigoureuse est indispensable. — Nécessité de l'injection intra-utérine après la délivrance artificielle.

CHAPITRE X. — *Traitement de certaines complications qui surviennent pendant l'accouchement*. — L'antisepsie des plaies du canal vulvo-vagino-utérin doit être rigoureuse. — Des hémorrhagies liées aux ruptures vasculaires. — Déchirures vulvaires. Thrombus de la vulve. — Traitement antiseptique des déchirures du périnée. — De l'emploi des serres-fines. — Suture immédiate. — Traitement des lésions du vagin.

Traitement antiseptique des déchirures et des ruptures de l'utérus, de l'inversion utérine.

CHAPITRE XI. — *De l'antisepsie opératoire*. — De l'importance du diagnostic avant toute opération. — Version par manœuvres internes. — Extraction du siège. — Forceps. — Basiotripsie. — Crâniotomie. — Embryotomie. — Opération césarienne. — Opération de Porro. — Grossesse extra-utérine. — Gastro-élytrotomie. — Rupture artificielle des membranes. — Accouchement prématuré artificiel.

CHAPITRE XII. — *De l'antisepsie pendant les suites de couches*. — Toilette de la femme après l'accouchement. — Son lit.

Les suites de couches doivent être apyrétiques : nécessité de prendre la température matin et soir. — De l'alimentation de la femme. — Qu'est-ce que la fièvre de lait ?

Toilettes vulvaires. — Injections vaginales. — Injections intra-utérines. — De la conduite à tenir pendant les suites de couches dans certains cas (rétention des membranes, cancer utérin, etc.).

Accidents fébriles non puerpéraux (fièvre intermittente, pyrexies). — De la rétention d'urine et du cathétérisme.

Des lymphangites du sein. — Stercorémie et lavement. — De l'involution utérine. — Du traitement antiseptique prolongé.

Chapitre XIII. — *Traitement antiseptique des septicémies puerpérales.* — Des principaux symptômes qui révèlent l'infection puerpérale : élévation de température, accélération du pouls, fétidité des lochies, frissons, vomissements, douleur abdominale, etc.

De la nécessité d'intervenir le plus rapidement possible après l'apparition des accidents.

Du traitement antiseptique de la septicémie puerpérale. — Traitement général : alcool, toniques, diurétiques (lait, café). — Traitement antithermique : soit par les médicaments (sels de quinine, antipyrine, etc.) ; soit par les bains froids ; soit par l'application de glace sur le ventre. — Traitement local (cataplasmes, sangsues, onctions mercurielles, etc.).

De la médication désinfectante locale : des injections vaginales ; de l'irrigation vaginale continue ; des injections intra-utérines répétées ; du drainage utérin ; de l'irrigation utérine continue.

Traitement antiseptique des complications tardives. Mesures générales de désinfection.

Chapitre XIV. — *L'antisepsie du nouveau-né.* — Toilette du nouveau-né. — Pansement du cordon ombilical. — Pansement des plaies (contuses ou non) produites pendant l'accouchement. — Pansement du céphalœmatome. — Traitement prophylactique et antiseptique de l'érysipèle du nouveau-né. — Traitement prophylactique et curatif de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. — Antisepsie de la vaccination.

Chapitre XV. — *Antisepsie et hygiène de l'allaitement.* — De l'allaitement naturel par la *mère* ou par une *nourrice*. — Une femme ne peut nourrir que si l'allaitement n'offre de danger ni pour elle ni pour l'enfant. — Précautions à prendre pour empêcher l'infection syphilitique. — Des soins de propreté à observer au

moment de chaque tétée. — Traitement antiseptique des ulcérations, des lymphangites du sein. — Traitement prophylactique et antiseptique des abcès du sein. — De l'allaitement artificiel. — Le moins mauvais biberon ne vaut pas le sein. — De la manière de nettoyer le biberon. — L'allaitement au verre, à la cuiller est préférable au biberon.

Chapitre XVI. — *L'antisepsie et l'hygiène dans les maternités.* — Dans une maternité *construite, dirigée, entretenue* suivant toutes les règles de l'hygiène et de l'antisepsie, la sécurité est complète pour les accouchées.

Une Maternité doit être en dehors de l'hôpital ou tout au moins isolée dans l'hôpital. — Des progrès à réaliser au point de vue de l'hygiène et de l'antisepsie dans la plupart des Maternités françaises. — Projet de Maternité modèle. — Soins antiseptiques et hygiène dans les principales Maternités de Paris.

De la ponction de l'utérus par la paroi abdominale dans l'hydropisie de l'amnios. (*Annales de gynécologie*, 1888.)

Ce travail a pour base une observation recueillie en 1886, dans le service de M. Pinard : il s'agit d'une femme chez laquelle l'abdomen était tellement distendu qu'il était impossible de savoir s'il s'agissait seulement d'une hydramnios ou d'une tumeur abdominale, ou d'une ascite venant compliquer une grossesse. L'examen direct de l'œuf par le toucher intra-utérin montra qu'il n'y avait point excès de tension de l'œuf; il était donc contre-indiqué de pratiquer une ponction des membranes.

Pour éclairer le diagnostic et surtout pour remédier aux accidents graves de suffocation qui menaçaient la vie de la femme, M. Pinard pratiqua une ponction au niveau de l'abdomen : il reconnut rapidement qu'il avait ainsi ponctionné l'utérus et qu'il s'agissait d'une grossesse gémellaire avec hydropisie de l'amnios de l'un des deux œufs. Il retira 21 litres de liquide amniotique. La femme fut soulagée et accoucha quelques jours après de deux jumeaux. On retrouva sur les membranes du second œuf l'orifice arrondi produit par la pénétration du trocart.

Après avoir rappelé plusieurs observations de ponction de l'utérus gravide, nous concluons :

1° Dans certains cas de grossesse avec hydropisie de l'amnios considérable, la distension de l'abdomen peut être telle qu'il est très difficile, voire même impossible, de faire le diagnostic de la grossesse par les moyens habituels (palper, auscultation, toucher).

Le toucher intra-utérin est indiqué, mais s'il permet de faire le diagnostic de grossesse, il peut, comme dans notre cas, être insuffisant pour renseigner sur la cause de la surdistension abdominale.

2° La ponction aspiratrice, faite par la voie abdominale avec toutes les précautions nécessaires, est doublement indiquée : elle facilite et éclaire le diagnostic ; elle pare aux accidents (dyspnée, douleurs, etc.) que présente la femme.

3° Cette ponction ne fait courir aucun danger à la mère. Elle

expose, jusqu'à un certain point, à l'avortement ou à l'accouchement prématuré.

Ces accidents sont ici d'importance très secondaire ; il est rare en effet que dans ces cas d'hydramnios aussi considérable, la grossesse aille jusqu'à terme et que le fœtus ne présente pas quelque malformation incompatible avec l'existence.

Malformations fœtales et brides amniotiques.

Il est actuellement démontré qu'un certain nombre de malformations fœtales sont dues à des brides amniotiques ; nous avons eu l'occasion d'observer, entre autres, un fait de ce genre dont nous donnons le dessin (fig. 1) et l'observation inédite.

Accouchement prématuré. Malformations fœtales multiples par brides amniotiques.

La nommée M. C..., âgée de 19 ans, entre le 23 novembre 1895 à 8 h. 15 du matin, à la Maternité de Saint-Louis (service du Dr Bar, suppléé par le Dr Lepage).

Cette femme est primipare, les dernières règles ont eu lieu du 1er au 5 mai. Mouvements actifs au commencement d'octobre. A son entrée la hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse est de 19 centimètres. Pas d'hémorrhagie pendant la grossesse. Les premières douleurs ont commencé le 23 novembre à 2 heures du matin. A l'entrée dans le service la dilatation est égale à une pièce de 2 francs, les membranes sont rompues. On sent dans le vagin une masse mollasse et l'on se demande s'il ne s'agit pas d'une malformation fœtale avec issue des anses intestinales. En examinant plus attentivement il semble que l'on sente des vésicules remplies de liquide, de différentes grosseurs et fluctuantes. Au centre de cette masse on perçoit un gros cordon que l'on croit être le pédicule principal. On écarte donc le diagnostic de malformation fœtale pour faire celui de môle hydatiforme embryonnée, car on sent au-dessous de la masse une partie fœtale. Les battements du cœur ne sont pas perçus, les contractions utérines sont faibles et éloignées.

A 10 heures du matin, M. Lepage examine très rapidement la malade et croit sentir également des vésicules de môle hydatiforme.

A midi 45, la femme a des contractions énergiques ; bientôt apparaît à la vulve une masse rougeâtre, violacée, constituée par des anses intestinales ; au-dessus d'elle on sent des petits membres qui sont les pieds.



Fig. 1. — Malformations fœtales multiples et brides amniotiques.

A 3 heures du soir, dilatation complète, la femme fait des efforts d'expulsion.

A 3 h. et demie, expulsion du fœtus qui se présente par le siège ; le fœtus est mort et présente des malformations multiples. Délivrance spontanée 10 minutes après l'expulsion du fœtus. Suites de couches apyrétiques.

Voici la description des lésions macroscopiques constatées chez le fœtus immédiatement après l'expulsion.

A l'examen du fœtus, on constate :

1° Absence de la paroi thoracique antérieure et abdominale : Les anses intestinales descendent au-dessous du sacrum et ont été prises pour des villosités choriales dégénérées.

Le cœur apparaît à sa place normale.

Il existe des brides amniotiques sur la partie latérale droite du thorax. L'épaule du côté gauche est presque complètement enveloppée par l'amnios.

2° Le cordon s'insère en partie sur la peau de la paroi abdominale et sur le foie. Sa longueur est de 0,18.

Le cerveau se trouve hors de la cavité crânienne. Il existe deux fortes brides nettement amniotiques dont l'une s'insère au cuir chevelu et l'autre vient brider la face du fœtus à partir du maxillaire supérieur.

Les membres inférieurs ne présentent d'autre anomalie qu'un pied bot varus du côté droit.

On constate des malformations importantes des membres supérieurs.

a) Le membre supérieur gauche est représenté par un tronçon ayant la forme d'un jambon à grosse extrémité supérieure. A hauteur de l'ombilic, sur la partie latérale, se voit un lambeau ayant la forme d'un doigt qui semble être le vestige de la partie inférieure du bras gauche. Ce lambeau, fixé à la paroi latérale gauche par son extrémité inférieure légèrement renflée, se trouve libre à sa partie supérieure. Entre ces deux lambeaux, sur la peau est insérée une bride amniotique.

b) Le petit doigt du côté droit est sectionné ; il existe sur ce lambeau cutané une bride amniotique allant s'insérer au placenta.

Cette observation et cette reproduction d'une aquarelle (faite d'après nature) démontrent l'influence des brides amniotiques sur la production des malformations fœtales et viennent confirmer les recherches expérimentales de Dareste. Pinard et Varnier, dans leur *Atlas d'Anatomie obstétricale*, ont publié (page 55) deux cas analogues « dans lesquels, ce qui n'est pas commun, si nous en jugeons par les figures publiées jusqu'à ce jour, les brides amniotiques sont restées intactes au lieu d'être rompues à l'une ou à l'autre de leurs extrémités ». Cette disposition est facile à voir sur la figure 1.

Placentas marginés.

Ayant observé plusieurs fois des placentas présentant l'aspect marginé, c'est-à-dire des placentas dont la surface fœtale n'est recouverte que sur une partie de son étendue par les membranes, nous avons repris cette étude, faite déjà par plusieurs auteurs (Kütsner, G. Klein, Porak et R. Martin).

Nos recherches n'étant pas suffisamment avancées sur ce point, nous nous contentons de publier trois dessins recueillis à la Maternité de l'Hôtel-Dieu-Annexe et à la Maternité de Beaujon, avec les observations résumées.

Obs. I. — *Accouchement spontané prématuré. Siège. Délivrance naturelle complète.*

La nommée M. Q..., secondipare, 26 ans, cuisinière, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu-Annexe le 18 octobre 1896, à 11 heures du soir.

Lors de son premier accouchement, qui a eu lieu le 9 juin 1894, elle est accouchée spontanément et avant terme d'une fille vivante.

Grossesse actuelle. — La femme ne se souvient pas de la date exacte de ses dernières règles, probablement en mars. Elle pense être enceinte de 7 mois.

Elle est en travail depuis 7 heures du soir le 18 octobre 1896 ; elle accouche en voiture pendant le trajet à l'hôpital.

Présentation du siège. A l'arrivée la tête n'est pas dégagée, le fœtus fait des efforts pour respirer.

On l'extrait rapidement et on le ranime (insufflation, bains sinapisés). On le met en couveuse.

La délivrance se fait normalement à 11 h. 25 du soir. Le placenta pèse 970 gr.

En examinant le placenta par sa face fœtale (fig. 2), on constate que les membranes n'occupent qu'une portion très restreinte de la surface du placenta. Le cordon est inséré au centre du placenta. Celui-ci ayant une forme à peu près circulaire, a un diamètre de 16 centim. La circonférence qu'occupent les membranes au centre du placenta a seulement un diamètre de 7 cent., de telle sorte qu'en examinant le placenta du centre vers la périphérie on constate : 1° au centre la portion recouverte par les membranes ; 2° au pourtour de cette circonférence il existe un anneau (B) de coloration blanchâtre formé par de la fibrine stratifiée : anneau régulier ayant une épais-

seur de 2 centim. et demi à 3 centim. ; sur un point cet anneau a 3 centim. et demi environ ; 3° en dehors de cet anneau on trouve la surface des cotylédons absolument dépourvue de membranes.

En ouvrant le sac membraneux central on trouve le cordon s'insérant près du bord de la circonférence membraneuse. La caduque paraît entière. L'amnios est très adhérent au chorion. Les membranes tendues forment une sorte de cône ayant 18 centim. de hauteur. Au niveau de la surface du

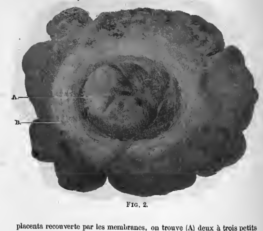


FIG. 2.

placenta recouverte par les membranes, on trouve (A) deux à trois petits kystes sous-amniotiques. Le placenta est friable, les cotylédons volumineux et décolorés.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 1,790 grammes ; il est mis en couveuse et meurt le 24 octobre à 7 h. et demie du soir.

Suites de couches physiologiques.

Obs. II (n° 961)

Cette femme, VIIpare, accouchée prématurément, avait perdu du sang pendant les dernières semaines qui ont précédé l'expulsion du fœtus. Sur

la fig. 3, on voit : en A, le cordon qui a été coupé et déborde un peu les membranes ; en B, la surface fœtale des cotylédons, non recouverte



Fig. 3.

de membranes ; en D et en E, un caillot récent formé à l'union des membranes et du placenta. L'enfant n'a véeu que quelques instants : il pesait 1,520 gr. Le placenta pesait 600 gr.

Obs. III. — *Accouchement prématuré.* (Obs. résumée).

La nommée M. P..., 30 ans, ménagère, entre à la Maternité de Beaujon le 14 septembre 1897 (n° 1053).

Cette femme a eu déjà huit grossesses antérieures :

1er accouchement à 20 ans, à terme, spontané ; fille qui a 8 ans.

2e accouchement à terme, spontané, garçon vivant bien portant.
3e accouchement à 7 mois. Présentation de l'épaule ; fille morte 24 heures après la naissance.
4e grossesse à 8 mois; fille qui a quatre ans actuellement.
5e grossesse, expulsion prématurée, terme 4 mois.



Fig. 4.

6e grossesse à 7 mois; garçon mort 12 heures après sa naissance.
7e grossesse à 8 mois; fille morte 12 heures après sa naissance.
8e grossesse à 7 mois; fille morte 12 heures après sa naissance.
9e *grossesse actuelle*. — Même père que pour les autres grossesses. Les dernières règles datent du 5 au 10 janvier 1897.

Accidents pendant cette grossesse : Hématémèses tous les jours au début de la grossesse.

Le fœtus se présente par le sommet en G. A.

Le travail a commencé le 14 septembre à midi.

Dilatation complète à 1 h. 40 ; expulsion du fœtus à 1 h. 50.

Le placenta a une forme circulaire et pèse 350 gr.

Le placenta est marginé (voy. fig 4) ; les membranes (*m*) sont complètes et tendues en haut sur la fig. 4 pour montrer leurs limites d'insertion.

Suites de couches apyrétiques.

Il est probable que c'est la même cause — vraisemblablement une lésion utérine — qui a produit l'expulsion prématurée du produit de conception lors des dernières grossesses et de la grossesse actuelle. Il eût été intéressant de savoir si, lors des accouchements précédents, existaient les mêmes lésions du placenta ; nous n'avons pu avoir de renseignements de ce sujet.

Anomalies du cordon.

Lorsqu'une femme perd du sang, au cours de la grossesse, l'accoucheur pense de suite à une hémorrhagie causée par le décollement du placenta inséré sur le segment inférieur. Il est d'autres causes : en particulier le placenta normalement inséré peut être décollé par un autre mécanisme, par exemple par une brièveté naturelle ou accidentelle du cordon. Nous rapportons l'observation ci-dessous avec un dessin (voir fig. 5) qui montre par quel mécanisme le fœtus a décollé lui-même peu à peu son placenta par des tractions exercées sur le cordon.

Hémorrhagies de la grossesse. — Mort du fœtus in utero. — *Décollement prématuré du placenta par brièveté accidentelle du cordon (circulaires autour du cou et du pied). — Expulsion de l'œuf entier.*

M. L..., secondipare, 22 ans, conturière, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu Annexe le 23 août 1896, à 2 heures du soir.

Antécédents pathologiques. — Cette femme a eu une première crise de rhumatismes à 18 ans et demi, et depuis cette crise elle éprouve des battements de cœur fréquents.

Elle est accouchée une première fois, spontanément et à terme, le 29 novembre 1895, d'une fille actuellement bien portante.



Fig. 5.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles ont eu lieu du 13 au 17 février 1896. La hauteur de l'utérus est de 24 centim.

Examen du cœur. — Souffle d'insuffisance mitrale.

Dans la nuit du 17 au 18 août la malade est réveillée par une sensation de fraîcheur et s'assied croyant avoir uriné ; son lit et ses deux matelas sont inondés de sang. Cette hémorrhagie paraît avoir été très abondante, mêlée à de l'eau. Pas de douleurs.

Le 18 août, une sage-femme appelée déclare que la femme a perdu les eaux, qu'une fausse couche est imminente ; la femme continue à perdre du sang.

Le 18 et le 19, l'écoulement sanguin continue.

La femme est envoyée à l'hôpital. Pas de douleurs.

Le 25 août, expulsion de quelques caillots.

Le 26, à 7 heures du soir, reprise des douleurs et hémorrhagie. La femme est amenée à la salle de travail ; les douleurs se rapprochent et à minuit 45 expulsion d'un fœtus, mort et macéré, enfermé dans les membranes. La délivrance s'est faite immédiatement et spontanément.

En examinant le fœtus enveloppé dans l'amnios, on constate d'abord qu'il existe un circulaire du cordon autour du cou.

En ouvrant avec soin l'amnios, il s'écoule de la cavité amniotique une faible quantité de liquide de coloration noirâtre.

Les membres supérieurs et inférieurs conservent l'attitude de la flexion, sauf le membre inférieur droit dont la cuisse est appliquée verticalement sur la partie latérale droite de l'abdomen ; la jambe étant étendue à angle obtus, de telle sorte que le talon se trouve au niveau de la région précordiale (fig. 5).

Au niveau du tiers inférieur de la jambe droite existe un circulaire serré du cordon. En examinant les dispositions de ce dernier on constate que, partant de l'ombilic, il se dirige vers la partie latérale droite du cou, revient à gauche, puis vient enserrer le pied par une anse.

Le cordon passe au-dessus de la jambe pour remonter vers l'épaule gauche. Il vient à 6 centim. s'insérer sur les membranes et le trajet sur les membranes est de 5 centim.

Sur le placenta on trouve le chorion resté adhérent ; il existe une dépression au niveau de laquelle se trouvent quelques caillots anciens. Le tissu placentaire est légèrement blanchâtre, un peu friable, en plusieurs points de consistance plus ferme, de coloration plus foncée, mais ces lésions ne rappellent en rien celles des foyers albuminuriques.

Au niveau de l'insertion ombilicale, le cordon est tendu. Ces dispositions du cordon se voient sur la partie latérale droite du fœtus.

Suites de couches physiologiques.

Des hémorrhagies dans les cas d'expulsion d'enfants morts et macérés.

Ayant observé, en 1896, à la Maternité de Saint-Louis, une

famma qui présenta une hémorrhagie extrêmement grave après avoir expulsé deux jumeaux morts et macérés, nous fîmes, sur ca sujet, une conférenca le 18 janvier 1896; c'est sur notra conseil que le Dr P. Royar a consacré à ce sujet sa thèse inaugurale (1) dont voici les conclusions :

Il est généralement admis que l'expulsion das fœtus morts et macérés, ne s'accompagne habituellement que d'un écoulement sanguin insignifiant, et que l'hémorrhagie de la délivrance est nulla.

Il résulte de nos recherches portant sur 1,002 cas d'expulsions de fœtus macérés :

1° Que dans 4,7 p. 100 des cas, l'écoulement sanguin, au moment de la délivrance, égale ou dépasse la moyanne physiologiqua.

2° Qua dans 1,4 p. 100 des cas, l'hémorrhagie a été assez abondante pour nécessiter la délivrance artificiella.

Voici l'observation qui a été le point de départ da ca travail :

Grossesse gémellaire de 5 mois. Fœtus morts et macérés. Hémorrhagie pendant l'expulsion et après la délivrance.

Le 17 janvier 1896, à 4 heures de l'après-midi, Mlle Guillory, sage-femme de garde, vint m'apporter au laboratoire du service, 2 jumeaux morts et macérés, qu'une femme, arrivée quelques instants auparavant à la salle de travail, venait d'expulser.

J'examinai attentivement ces deux fœtus que je vous présente actuellement. Vous pouvez constater (fig. 6) qu'il sont réunis l'un à l'autre par leurs cordons qui forment un nœud et s'enchevêtrent sur une certaine étendue. Les membranes du placenta sont très macérées. Sur la face fœtale existent des dépôts de fibrine, de couleur grisâtre, qui se dissocient facilement. Il n'existe qu'une cavité amniotique. L'insertion placentaire des deux cordons se fait à trois centimètres de distance l'un de l'autre; à partir de cette insertion, ils s'enroulent autour l'un de l'autre comme les artères autour de la veine ombilicale.

Le cordon du fœtus immobilisé part de l'ombilic, passe au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, remonte le long de la face postérieure du bassin du même fœtus et va se rendre à un plexus formé par l'entrecroisement des deux cordons. Il existe autour du cou de ce fœtus

(1) P. Roger. *Des hémorrhagies dans les cas d'expulsion d'enfants morts et macérés.* Thèse Paris, 1896.

une anse de cordon dont les deux chefs passent sous l'aisselle droite. Le cordon de l'autre fœtus partant de l'ombilic vient se rendre directement au niveau du nœud d'entrecroisement. De ce nœud les deux cordons forment en s'imbriquant une sorte de tresse d'une longueur de six centimètres environ. Ces deux fœtus présentent un degré de macération très avancé.

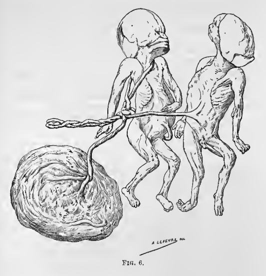


Fig. 6.

L'histoire clinique de cette femme est la suivante :

Léonie C..., 22 ans, fleuriste.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants, 5 sœurs et 2 frères bien portants.

Antécédents personnels. — En 1895, la malade est entrée à l'hôpital de Roubaix pour une éruption siégeant sur le corps et sur le visage.

Réglée à 15 ans, régulièrement depuis.

IIpare, 1re grossesse en 1893, accouchement spontané à terme, garçon vivant, mort à 10 mois. 2e grossesse en 1895 : 5 mois, expulsion d'un fœtus mort et macéré.

3e *grossesse actuelle*. — La malade ne se rappelle pas la date de ses dernières règles.

Vers le 4e mois, cette femme aurait fait une chute ayant provoqué des épistaxis qui ont duré deux jours.

Elle entre à la salle de travail le 17 janvier à 3 heures du soir, ayant des douleurs. Elle se dit enceinte de 7 mois et n'a jamais senti remuer.

L'utérus mesure 28 cent. de hauteur. — Urines normales.

On ne distingue aucun caractère permettant de faire le diagnostic de présentation. — Auscultation nulle.

Par le toucher, on trouve une partie fœtale très engagée et pénétrant déjà dans le vagin.

A 4 heures la dilatation est comme une paume de main. La malade fait des efforts expulsifs. Dix minutes après, expulsion d'un premier fœtus très macéré, de coloration jaune. Aussitôt après, expulsion d'un second fœtus de même apparence que le premier.

On n'a pas le temps de faire la section des cordons qui sont enchevêtrés l'un dans l'autre ; la délivrance se fait spontanément et de suite après l'expulsion des jumeaux.

Le placenta est de coloration blanchâtre.

Pendant l'expulsion, il s'écoule des organes génitaux une petite quantité de sang très rutilant.

A 4 h. 30, Mlle Guillory venait me prévenir que cette femme perdait du sang assez abondamment. Les injections chaudes suspendaient temporairement l'écoulement sanguin, qui réapparaissait sitôt qu'on les cessait. Je me rendis de suite auprès de cette femme que je trouvai avec un état général bon, le pouls à 90, la face colorée, et ne présentant aucun symptôme d'hémorrhagie grave.

Je fus surpris de trouver l'utérus bien rétracté, à peine accessible au palper, à hauteur de la symphyse pubienne.

Du sang liquide suintait d'une manière continue et assez abondante, comme une sorte de flot, par intervalles, hors des organes génitaux. La femme étant mise sur le bord du lit, je me rendis compte à l'aide de valves, que le sang venait bien de l'utérus, et que les injections intra-utérines chaudes n'arrêtaient pas d'une manière suffisante cet écoulement. Comme le sang coulait assez abondamment, je me hâtai d'introduire dans la cavité utérine un paquet de gaze iodoformée. J'ajoutai un tampon dans le vagin et je quittai la femme, pensant que l'hémorrhagie était arrêtée, mais recommandant toutefois de la surveiller avec grand soin : c'est-à-dire de suivre attentivement les variations du pouls et de regarder si le sang n'apparaissait pas au dehors.

Quelque dix minutes après (4 h. 40), Mlle Guillory vint me chercher à nouveau, assez effrayée, me disant que le sang avait infiltré la gaze, suintait au dehors et que la femme présentait des phénomènes généraux inquiétants (nausées, pouls filiforme, pâleur de la face, etc.).

En examinant cette femme, je fus moi-même très inquiet de voir combien rapidement s'était aggravé son état : facies très pâle, muqueuses décolorées, anxiété générale et surtout pouls radial à peine perceptible. Le sang, rutilant, suintait au dehors d'une manière continue. Avant de prendre une détermination et pendant que je faisais stériliser rapidement les instruments dont je pouvais avoir besoin, je pratiquai la compression de l'aorte, et fis quérir M. Longue, interne des hôpitaux, qui se trouvait dans le service.

Je me demandais quelle pouvait être la cause de cette hémorrhagie, alors que je ne trouvais pas de lésion du cœur et comme seul signe d'hémophilie, une épistaxis un peu abondante au cours de la grossesse.

Avant de faire transporter cette femme à la salle d'opération, et pendant qu'on comprimait l'aorte, on pratique une injection hypodermique, avec une seringue de Roux, de 100 gr. environ de sérum artificiel.

4 h. 50. Rasage et antisepsie des organes génitaux externes. J'enlève le tampon vaginal et intra-utérin, tous deux imbibés de sang.

Pendant toute la durée de l'intervention on pratique la compression de l'aorte.

Le corps de l'utérus étant bien rétracté, je cherche s'il n'existe pas de de lésions du col et je pratique une suture à la soie sur une petite solution de continuité qui existe sur la partie latérale gauche et inférieure du col. Mais là n'est point la source de l'hémorrhagie, le sang continuant à couler de la cavité utérine.

A l'aide d'un dilatateur trivalve, j'explore tant bien que mal la partie inférieure de l'utérus et ne trouve nulle part de solution de continuité pouvant être le point de départ de l'hémorrhagie. Bien que le placenta m'ait paru nettement complet, j'introduis l'index et le médius dans l'utérus et ne trouve nulle part de saillie anormale due à la présence d'un cotylédon placentaire ; pas de caillots dans l'utérus qui est petit ; je ne sens pas de plaie d'où puisse provenir le sang.

Je fais une injection intra-utérine prolongée d'eau chaude ; le liquide ressort fortement teinté de sang par intervalles.

La femme est dans un état très alarmant ; elle parle à peine ; une sueur froide lui inonde le visage ; pas de pouls ; les extrémités sont refroidies.

On continue la compression de l'aorte.

5 h. 15. Réfléchissant que le premier tamponnement a été fait avec de la gaze iodoformée qui n'était pas suffisamment découpée, je me décide à faire un nouveau tamponnement de l'utérus avec une bande, large seulement de 2 ou 3 centimètres.

A l'aide de l'hystéromètre et de pinces longues, je bourre, pour ainsi dire, l'utérus de gaze iodoformée en la tassant fortement.

J'attends pendant quelques instants et il me semble que le suintement sanguin est très minime; j'introduis trois paquets de gaze dans le vagin.

5 h. 45. L'état général de la femme est toujours grave et bien que, pendant toute la durée de mon intervention, on ait souvent pratiqué des injections hypodermiques d'ergotine, de caféine et surtout de sérum artificiel, le pouls n'est pas revenu.

La malade présente au plus haut degré tous les signes de l'anémie suraiguë par hémorrhagie.

Je me décide à pratiquer des injections intra-veineuses de sérum artificiel. Je fais saillir, au niveau du pli du coude droit, les veines, comme pour une saignée, et je choisis la plus saillante, la médiane basilique, que je dénude sur une étendue de 2 centimètres et que je charge sur une sonde cannelée. Je pratique la ligature du bout inférieur et après section, je passe un fil à travers le bout supérieur. J'injecte alors 120 gr. de sérum artificiel dans la veine, mais n'ayant pas à ma disposition d'aiguille mousse et n'ayant plus de sérum, je cesse l'injection.

6 h. soir. Le pouls tend à revenir normal: 100 pulsations à la minute. Il est très petit et dépressible.

Je suture la plaie de la saignée avec un crin de Florence — pansement antiseptique — et je conseille de surveiller bien attentivement la femme et de pratiquer, dans la soirée, 500 gr. de sérum artificiel.

6 h. 30. On constate chez la malade un mieux sensible — on la réchauffe avec plusieurs boules d'eau chaude. — Champagne — rhum.

7 heures. Injection sous-cutanée de 150 gr. de sérum artificiel.

9 heures. Injection sous-cutanée de 250 gr. de sérum.

10 heures. Nouvelle injection de 250 gr. de sérum.

Le 18 janvier, au matin, la température est à 37° et le pouls à 92.

La malade a la face colorée. Le pansement ne présente pas trace de sang.

Suites de couches normales.

C'est un fait assez rare, alors que le fœtus est macéré, de constater pendant la période de l'accouchement et de la délivrance un écoulement sanguin assez abondant pour menacer sérieusement la vie de la femme. A quoi faut-il attribuer cette grave complication?

On peut émettre, à ce sujet, dans le cas présent, plusieurs hypothèses, que nous allons examiner successivement en commençant par les moins plausibles.

1) L'hémorrhagie est-elle due à un défaut de rétraction du muscle utérin ?

Le petit volume de l'utérus pendant que le sang coulait, l'absence de caillots, les constatations faites avec le doigt, introduit dans l'utérus, sont autant de raisons pour no pas admettre cette hypothèse. De plus, on ne pourrait ainsi expliquer l'écoulement sanguin, qui a été nettement constaté par la sage-femme, pendant l'expulsion des deux jumeaux.

2) S'agit-il d'une femme rentrant dans cette catégorie, assez mal connue encore, des hémophiles, chez lesquellos la moindre solution de continuité s'accompagne d'hémorrhagie et chez lesquelles on voit survenir, au moment de l'accouchement et surtout de la délivrance, des écoulements sanguins, inquiétants par leur continuité. Des renseignements donnés par cette femme font bien constater qu'elle a une certaine tendance à perdre du sang, mais il est rare qu'en pareil cas, l'utérus saigne seul sans qu'il y ait suintement sanguin, au niveau du vagin et de la vulve.

3) Cette femme, pressée de questions, a raconté que peu de temps avant son entrée à l'hôpital, dans l'après-midi même, elle était allée consulter une sage-femme, qui l'avait examinée et lui avait affirmé que l'expulsion de l'œuf ne tarderait pas à se produire. La malade affirme que c'est avec le doigt seul, sans instrument, que la sage-femme a pratiqué l'examen, mais il est assez singulier qu'elle ne puisse donner ni le nom, ni l'adresse exacte de cette sage-femme et ne puisse même indiquer la rue dans laquelle elle habite. Il est donc impossible de dire si cette hémorrhagie n'a pas été due à une plaie utérine produite par un examen instrumental ou par des manœuvres.

4) Peut-on penser qu'il s'agisse d'une hémorrhagie causée par la syphilis ? Nous ne trouvons, chez cette femme, aucune lésion actuelle, permettant d'affirmer la maladie ; d'autre part, la disposition pathologique des fœtus suffit à expliquer leur mort in utero. Il faut cependant remarquer que des 3 grossesses de cette femme, la première seule s'est terminée par la naissance d'un enfant vivant ; en 1895, elle a présenté une éruption sur le corps et c'est

dans la même année qu'elle est accouchée d'un enfant mort et macéré. L'hypothése de syphilis est donc possible.

5) Devant la difficulté éprouvée pour indiquer la cause de cette hémorrhagie, nous nous demandons, si l'utérus se contractant sur les fœtus, n'a point été lésé par les arêtes saillantes que formaient les os de la tête et en particulier de l'un des fœtus. En effet, pendant que nous examinions les fœtus au laboratoire, avant de savoir si la femme perdait du sang, nous avions fait observer à M[lle] Dejean, sage-femme du service, combien ces os présentaient une arête vive. Ce n'est là qu'une hypothèse, mais qui nous paraît la plus vraisemblable. Quant à la conduite tenue, il est possible, que, si le premier tamponnement eût été fait avec autant de soin que le second, l'hémorrhagie n'eût point continué, ou tout au moins n'eût pas été aussi grave. Mais au moment de la première intervention je pouvais espérer qu'un tamponnement même peu serré serait suffisant.

Cette observation présente un double intérêt : 1° au point de vue de la cause qui a produit la mort des deux fœtus et qui résulte d'une disposition anormale des cordons ; 2° au point de vue de la gravité de l'hémorrhagie qui s'est montrée très abondante, dans des conditions où d'habitude l'écoulement sanguin est très modéré.

ALLAITEMENT

Du pansement antiseptique du mamelon au début de l'allaitement. (Communication à la *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle*, 24 janvier 1894.)

Après avoir rappelé combien sont fréquentes, surtout dans les Maternités, les élévations de température chez les accouchées par suite de complications mammaires, j'insiste sur la nécessité de la désinfection de la région mamelonnaire avant la première tétée et sur le pansement des plaies du mamelon avec des compresses imbibées de la mixture suivante :

Glycérine	500 gr.
Eau stérilisée	450 »
Alcool	50 »
Biiodure de mercure	0 gr. 10
Iodure de potassium	Q. s.

Je fis ensuite connaître quelle était, observée dans une même salle de la Clinique Baudelocque, la morbidité maternelle totale, alors qu'on employait le pansement des seins avec la solution boriquée, puis ce qu'elle était devenue après usage de la solution hydrargyrique: sur 360 accouchées observées avant le 23 mars 1893, époque à laquelle le pansement hydrargyrique des plaies du mamelon fut institué dans le service du professeur Pinard, 293 ont eu une température inférieure à 37°,5; 67 ont eu une ou plusieurs températures supérieures à 37°,5; soit une morbidité totale de 18,05 p. 100. Après le 23 mars, sur 440 accouchées, 407 ont eu une température inférieure à 37°,5; 33 ont eu une ou plusieurs températures supérieures à 37°,5; soit une morbidité de 7,50 p. 100.

A propos de cette communication, le professeur Tarnier (*De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique*, Paris, 1894, pages 740 et 741) a rappelé qu'il était le promoteur des pansements du mamelon avec une solution mercurielle. Il l'emploie depuis 1889 dans son service et a fait publier ses résultats dans la thèse de son élève, le Dr Pingat (juillet 1891).

Recherches sur l'allaitement maternel pendant les premiers jours.

Pendant les six mois où nous avons eu la direction de la Maternité de l'Hôtel-Dieu Annexe, nous avons continué à nous occuper de toutes les questions concernant l'allaitement et fait des recherches sur la déperdition de poids maxima, sur l'augmentation quotidienne des enfants suivant que leur mère allaitait ou non pour la première fois, etc. Ces recherches ont été consignées dans la thèse du Dr Héry (thèse Paris, 1897), et dans une communication faite par nous à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle (mai 1897).

Les conclusions de cette communication sont les suivantes :

L'allaitement au sein par la mère doit la être règle ; on ne doit recourir à l'allaitement artificiel que lorsque la femme présente une tare pathologique qui contre-indique l'allaitement.

Toute femme saine peut allaiter son enfant ; il est utile que lorsqu'elle allaite pour la première fois, elle ne recourre pas trop tôt à l'allaitement mixte.

Il est tout à fait exceptionnel qu'une femme chez laquelle l'allaitement est bien dirigé ne soit pas une nourrice suffisante pour son enfant pendant les premières semaines et même pendant les premiers mois.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Grossesse extra-utérine méconnue et ayant donné lieu à des erreurs de diagnostic multiples au moment de la rupture du kyste. Laparotomie. Ablation du kyste fœtal. (Communication à la *Société obstétricale de France*, avril 1892.)

Après avoir rapporté avec détails cette observation intéressante au point de vue des erreurs qui peuvent être commises dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine, j'indiquai le manuel opératoire suivi par le professeur Pinard et je présentai les pièces anatomiques (fœtus et placenta).

SYMPHYSÉOTOMIES

I. — **Observation de symphyséotomie pratiquée en ville chez une secondipare**; accouchement prématuré spontané avant 8 mois et demi; impossibilité d'extraire le fœtus avec le forceps en raison d'une tumeur utérine ou juxta-utérine descendant dans l'excavation. Enfant vivant. Mère guérie. Suites de couches physiologiques. Réveil d'une cystite ancienne. (*Ann. de gynéc. et d'obstétrique*, avril 1898.)

Cette observation a trait à une secondipare chez laquelle je constatai de la dystocie causée par une tumeur intra-pelvienne; dans l'impossibilité où j'étais de pouvoir extraire le fœtus avec le forceps, je me décidai, après avoir pris l'avis du professeur Pinard, à pratiquer la symphyséotomie. Il fut alors facile d'extraire le fœtus vivant.

Après avoir discuté les indications de l'intervention, je formulai les conclusions suivantes :

1° La symphyséotomie est une opération d'*urgence* qui peut être pratiquée avec succès en dehors des Maternités.

2° Elle ne doit pas être réservée aux femmes ayant des viciations osseuses du bassin ou à celles dont les fœtus présentent des dimensions trop considérables par rapport aux dimensions d'un bassin normal.

3° Elle peut être indiquée dans *certains* cas où une tumeur uté-

rine ou juxta-utérine vient s'engager au-dessous de la partie fœtale et obstrue en partie l'excavation pelvienne, sans pouvoir être refoulée en haut. Elle peut de même être utilisée lorsque la tumeur fait partie intégrante des parois de l'excavation.

4° Des observations plus nombreuses sont nécessaires pour catégoriser les cas dans lesquels il faudra recourir, soit à l'accouchement prématuré artificiel suivi ou non de symphyséotomie, soit à la symphyséotomie d'emblée, soit à l'ablation de la tumeur par la voie vaginale ou par la voie abdominale.

Le toucher manuel, pratiqué sous chloroforme, est un procédé d'examen presque nécessaire pour prendre une détermination.

5° Ce qui ressort plus nettement encore de notre observation, c'est que : a) l'accouchement prématuré artificiel, pratiqué vers huit mois et demi de grossesse, eût été insuffisant et n'eût que difficilement ou même n'eût pas permis d'extraire, avec le forceps, un enfant vivant; b) les moyens de contention du bassin après symphyséotomie peuvent être réduits au minimum; il suffit à la rigueur d'immobiliser les membres inférieurs à l'aide de deux liens placés au-dessous et au-dessus des genoux, et de soulever facilement les malades à l'aide d'un appareil élévatoire. Une seule personne peut ainsi donner tous les soins nécessaires à la femme pendant les suites de couches, sans avoir à chaque instant besoin d'aides pour maintenir la malade soulevée.

II. — Quatre symphyséotomies pratiquées à la Clinique Baudelocque.

Quatre opérations de symphyséotomie ont été pratiquées par nous à la Clinique Baudelocque et publiées par le professeur Pinard dans le compte rendu annuel des opérations de symphyséotomies. Voici le résumé de ces interventions :

Obs. VIII (1). 30 juillet 1892. (*Annales de gynécologie*, 1892, t. XXXVIII,

(1) Les numéros d'ordre indiquent le rang qu'occupent ces observations dans la liste des symphyséotomies pratiquées à la Clinique Baudelocque, depuis le 4 février 1892. C'est à cette date que le professeur Pinard a pratiqué sa première symphyséotomie.

p. 442.) — Il s'agit d'une femme secondipare ayant un bassin annelé. Diam. Pr. S. P. 97. Après symphyséotomie, extraction à l'aide du forceps d'un garçon pesant 4,000 gr. Mère et enfant sortis en bon état.

Obs. XVII. 6 février 1893. (*Annales de gynécologie*, 1894, t. XLI, p. 5.) — Femme primipare ayant un bassin rétréci. Après symphyséotomie, extraction à l'aide du forceps d'une fille pesant 2,950 gr. Mère et enfant sortis en bon état.

Obs. XXIV. 13 août 1893. (*Annales de gynécologie*, 1894, t. XLI, p. 14.) — Femme ayant un bassin rétréci. Diam. Pr. S. P. 93, enceinte pour la seconde fois. Après symphyséotomie, extraction à l'aide du forceps d'une fille pesant 3,730 gr. La mère et l'enfant quittent le service en bon état.

Obs. LII (n° 375, de 1895). — Cette femme est la même que la précédente. La symphyséotomie a été pratiquée par nous pour la seconde fois. Extraction à l'aide du forceps d'une fille pesant à la naissance 3,660 gr. et pesant à la sortie 3,890 gr. Suites de couches apyrétiques. La mère et l'enfant quittent le service en bon état.

Quatorze observations de symphyséotomies pratiquées dans les maternités de Tenon, Saint-Louis, La Charité et Beaujon.

Six observations de symphyséotomies pratiquées à la Maternité de Saint-Louis ont été publiées dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique* (mars-avril 1896). Ces observations sont suivies de réflexions se rapportant aux indications, au manuel opératoire de la symphyséotomie et aux incidents qui peuvent survenir au cours de l'opération. Les six femmes et les six enfants sont sortis vivants du service.

En mars 1898, nous avons publié (1) huit observations de symphyséotomies dont trois recueillies dans les Maternités de Tenon, de Saint-Louis et de la Charité, les cinq autres ont été pratiquées par nous dans le service du Dr Ribemont-Dessaignes, alors que nous étions son assistant. Ces huit femmes ont guéri, l'une d'elles présentait un bassin asymétrique, ainsi qu'on en peut juger par les deux photographies reproduites fig. 7 et 8.

(1) *Ann. de gynécologie*, mars 1898.



Fig. 7.

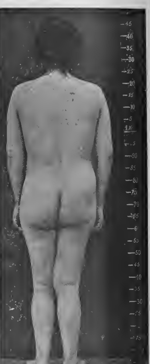


Fig. 8.

Quant aux enfants, l'un d'eux, dont la vitalité était gravement compromise au moment de l'intervention, n'a pú être ranimé. Un autre enfant a été extrait vivant, mais a succombé au bout de 48 heures. Sa mort est évidemment due aux interventions intempestives de forceps et de levier-préhenseur pratiquées avant la symphyséotomie. L'une de ces observations mérite d'être particulièrement signalée. C'est celle d'une femme ayant le bassin probablement normal et chez laquelle, nous appuyant sur l'une des conclusions du mémoire de H. Varnier au Congrès de Moscou, nous avons pratiqué la symphyséotomie d'emblée pour l'excès de volume du fœtus (pesant 5,200 gr.)

Parmi ces 19 observations de symphyséotomie, nous devons signaler tout particulièrement celle pratiquée en ville pour une tumeur juxta-utérine et trois autres observations dans lesquelles la symphyséotomie a été pratiquée pour la seconde fois; nous avons insisté sur les particularités opératoires constatées en pareil cas.

En résumé, sans entrer dans le détail des conclusions qui peuvent être tirées de toutes ces observations, donnons simplement le résultat brut: les 18 femmes opérées (l'une d'elles a été opérée deux fois par nous) ont guéri, et si quelques-unes ont présenté des accidents fébriles pendant les suites de couches, la vie d'aucune n'a été sérieusement en danger. Quant aux enfants, 17 ont vécu, deux sont morts dans les conditions que nous avons signalées plus haut, c'est-à-dire sans que la symphyséotomie puisse en aucune façon être incriminée.

OPÉRATIONS DE PORRO

Nous avons pratiqué trois fois cette opération : une première fois à la Clinique Baudelocque, chez une femme arrivée en travail et ayant un épithélioma du col utérin.

Les deux autres opérations de Porro ont été faites à la Maternité de Saint-Louis : la première en date pour un épithélioma du vagin et du col; la seconde chez une femme ayant un bassin très vicié et dont nous donnons plus loin la photographie.

Nous allons résumer la première de ces observations et rapporter les deux dernières qui n'ont pas encore été publiées.

I. — Femme opérée à la Clinique Baudelocque le 22 août 1893 (1). Cette femme est amenée du dehors ayant subi une application de forceps. Tout l'orifice utérin est envahi par un néoplasme cancéreux sur une hauteur de 2 centimètres. Opération de Porro, pratiquée par M. Lepage, d'après le procédé de Müller. L'enfant pèse à la naissance 2,870 grammes. Il était vivant en février 1894. La température de la mère n'a jamais dépassé 37°,5. La femme est sortie vivante du service, mais dans un état très prononcé de cachexie qui n'a pas permis d'intervention chirurgicale secondaire.

II. — *Épithélioma du vagin et du col de l'utérus. — Opération de Porro. — Enfant mort quelques jours après la naissance.* (Obs. résumée.)

L. H..., Ipare, âgée de 26 ans, entre à la Maternité de Saint-Louis le 15 septembre 1895. Les dernières règles datent de fin novembre 1894. Pendant la grossesse, cette femme a eu constamment des métrorrhagies d'abord peu considérables, puis plus abondantes, accompagnées de douleurs abdominales avec irradiation dans les membres inférieurs. A son entrée (10 heures du soir), elle dit souffrir depuis 4 heures du matin. Le sommet se présente en O.I.G.A. Les bruits du cœur fœtal sont normaux. Au toucher on sent surtout sur la paroi latérale droite du vagin, cinq ou six masses dures, isolées les unes des autres, du volume de petites noisettes; entre ces masses, la muqueuse est indurée et ulcérée. La lèvre antérieure du col est dure, bourgeonnante et augmentée de volume. A gauche le col est dilaté comme une pièce de 1 franc. A travers la poche des eaux intacte, on sent la tête du fœtus. On porte le diagnostic de cancer du col et du vagin. M. Lepage demandé examine la femme à minuit un quart; il confirme le diagnostic d'épithélioma du vagin et du col; il ne croit pas utile d'intervenir, étant donné que la portion gauche du col n'est point atteinte par le néoplasme et pourra peut-être se dilater, d'autant mieux que l'enfant n'est pas très développé.

Le lendemain, 16 septembre, à 6 heures du matin, la dilatation a peu progressé (2 francs), les douleurs sont très vives et les bruits du cœur sont moins nettement perçus. On pratique l'opération de Porro à 9 heures du matin.

Après avoir été sondée, la malade est endormie à l'aide du chloroforme. On incise la peau au bistouri sur une étendue de 5 centim. L'hémostase

(1) Voy. *Fonctionnement de la Clinique Baudelocque*, année 1893, p. 59.

est assurée aussi complètement que possible. On ouvre alors le péritoine et on agrandit l'incision en haut et en bas ; deux éponges montées refoulent l'intestin en arrière de l'utérus. L'utérus étant incisé, nous tombons sur le placenta que nous enlevons rapidement et nous procédons à l'extraction du fœtus.

L'aide comprime alors la matrice aussi bas que possible, la malade perd peu de sang. Un lien élastique maintenu par un clamp est passé sur la partie inférieure de l'utérus. On procède alors aux sutures, puis l'utérus est amputé au-dessus du lien, on passe une broche et on cautérise au thermocautère. On termine l'opération par les sutures de la paroi.

L'enfant, en état de mort apparente, est ranimé après 20 minutes de respiration artificielle. Garçon de 1,940 grammes, mesurant 48 centim.

O. F. = 10,5
O. M. = 12,4
B. P. = 9,5
B. T. = 8,4
S. O. B. = 9,5

Cet enfant meurt quelques jours après sa naissance.

Les suite de l'opération ont été normales. Chute du pédicule le 17[e] jour. Quelques jours après la plaie abdominale est cicatrisée à peu près complètement, et la malade quitte le service sur sa demande.

III. — *Rétrécissement du bassin rachitique pseudo-ostéomalacique. — Femme ayant 1 m. 08 de taille. Fœtus vivant, pesant 2,680 gr. — Femme guérie.*

La nommée Th..., âgée de 28 ans, fleuriste, entre à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis le 16 octobre 1895.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. La mère a eu onze enfants du même père : huit survivent; un enfant est mort en bas âge ; deux filles sont mortes du croup. Cinq filles mortes en bas âge. L'avant-dernier enfant, qui a 8 ans, est de petite taille, présente des déformations des membres et du squelette qui ressemblent à celles que présente notre malade ; cette dernière est la quatrième des onze enfants. Elle sait qu'elle a marché tard, mais ne se rappelle pas exactement à quel âge. Début de la menstruation à 18 ans ; règles abondantes et régulières.

Elle est enceinte pour la première fois ; les dernières règles datent du 12 avril 1895.

Cette femme présente des lésions rachitiques très prononcées (fig. 9 et 10); elles sont surtout marquées au niveau du bassin et des membres inférieurs. Légère asymétrie du crâne ; la dentition est mauvaise.

Thorax. — Saillie un peu prononcée du niveau de la partie supérieure, du sternum et des articulations sterno-claviculaires.



FIG. 9. — Femme rachitique ayant subi l'opération de Porro.



Fig. 10. — Femme rachitique ayant subi l'opération de Porro.

Membres supérieurs. — Épiphyse inférieure des os de l'avant-bras plus grosse qu'à l'avant-bras.

Bassin. — Le bassin est petit dans tous ses diamètres ; on atteint très facilement avec un doigt non seulement la face antérieure du sacrum et l'angle sacro-vertébral, mais aussi les parties latérales du bassin. Il semble qu'elles se soient enfoncées vers le centre du bassin sous l'influence de la pression exercée par les fémurs. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 66 millim. ; en réalité la partie utilisable de ce diamètre est beaucoup inférieure à cette dimension, car le pubis forme en avant une saillie marquée de telle sorte que la partie antérieure de la ligne innominée forme une sorte de diverticule inter-pubien. Il suffit de pratiquer le toucher chez cette femme pour conclure que la seule opération rationnelle qui puisse être pratiquée est l'extraction du fœtus par la voie abdominale. Cet avis fut partagé par mes collègues les Drs Potocki et Bouffe de Saint-Blaise, qui eurent l'occasion d'examiner cette femme pendant son séjour dans le service.

Membres inférieurs. — Les genoux présentent un léger degré de genu valgum des deux côtés. Allongement du condyle interne ; la rotule est déjetée en dehors.

Les fémurs sont légèrement convexes en avant; la malade étant couchée, en rapprochant le plus possible les membres inférieurs on constate que les condyles fémoraux sont à 18 centim. de la symphyse du pubis.

Les deux fémurs sont dans une légère rotation, en dehors le condyle droit est un peu plus élevé que le condyle gauche.

Les fémurs présentent une courbure accusée à concavité postérieure, ce qui semble avoir entraîné les deux rotules au-dessous de l'articulation du genou.

Les tibias sont fortement incurvés, en lame de sabre, à convexité antérieure, ainsi qu'on peut le voir sur la photographie. De plus, le tibia droit est concave dans son quart inférieur.

Les déformations tibiales sont beaucoup plus accusées ; si on suit la crête tibiale on constate qu'il existe d'abord une grande courbure à concavité interne ; en outre, le tibia présente une courbure antéro-postérieure.

Sur le bord antérieur du tibia gauche, à 5 centim. au-dessous de l'épine du tibia il existe une saillie très dure, qui simule un cal osseux. Les masses musculaires sont considérablement atrophiées.

Les pieds sont petits.

La colonne vertébrale est presque verticale. Il existe au niveau des bords supérieurs des os iliaques une dépression qui correspond à la partie supérieure du sacrum. Au-dessous, le sacrum examiné par sa face postérieure présente une courbure à convexité postérieure très accentuée.

Habituellement avant d'être enceinte la malade marchait un peu ;

depuis sa grossesse il lui est impossible de marcher. De plus, quand elle est assise son ombilic descend au niveau des genoux, par suite de l'antéversion très accusée que présente l'utérus gravide. Cette antéversion est tellement marquée qu'il est difficile de tenir propres les sillons inguinaux et toute la région hypogastrique.

La femme reste au lit jusqu'à la fin de la grossesse sans présenter d'autres symptômes qu'une dyspnée un peu marquée par suite du développement du ventre. Pas d'albumine.

M. Lepage décide d'attendre le début du travail pour pratiquer l'opération de Porro. Pendant les jours qui précèdent l'intervention, la quantité d'urine oscille entre 600 gr. et 800 gr.

Les premières douleurs apparaissent le 1er janvier à 4 heures du matin, mais elles ne se caractérisent d'une manière nette que dans l'après-midi. A 5 h. 12 du soir, M. Lepage commence l'opération avec l'assistance d'un interne de l'hôpital et des deux sages-femmes du service. L'antéversion est si marquée que l'incision abdominale remonte assez haut au-dessus de l'ombilic et que l'incision utérine, nécessaire à l'extraction du fœtus, intéresse non seulement le fond, mais la paroi postérieure de l'utérus, ainsi qu'on peut le voir sur les figures 11 et 12 et qui représentent les coupes de l'utérus congelé après l'opération.

Dès que l'incision abdominale est pratiquée M. Lepage fait sortir l'utérus de la cavité abdominale, l'incise et extrait un fœtus du sexe féminin pesant 2,680 gr., et mesurant 48 centim. de longueur.

Principaux diamètres de la tête : O. M. 12,6 ; O. F. 109 50 ; S. O. B. 9 ; S. O. F. 10 ; Bi-P. 9 ; Bi-T. 77 ; S. M. B. 9.

L'utérus est enlevé ; pédicule traversé par une broche et maintenu par un fort caoutchouc et un serre-nœud. Suture de la paroi abdominale

Pansement du moignon au tannin et à l'iodoforme. L'opération est terminée complètement à 6 h. 10 du soir.

Le placenta était inséré sur la face postérieure de l'utérus ; il a été laissé en place et l'utérus, après avoir été suturé et enlevé, a été congelé (voy. fig. 12, 13 et 14).

2 janvier. La malade n'a pas reposé ; quelques vomissements. T. M. 37°,2, Pouls 88. Miction spontanée. T. S. 37°,4. Pouls 80. Champagne. Lait.

3 janvier. T. M. 37°,3. Pouls 68. La malade a eu des vomissements toute la nuit aussitôt qu'elle prenait soit du lait, soit du champagne. Elle n'a pas rendu de gaz. Dans l'après-midi, les vomissements continuent ; vers 4 heures on donne de l'oxygène ; à partir de ce moment les vomissements cessent. T. S. 37°,6. Pouls 60. Le ventre n'est nullement douloureux. Émission de gaz.

Le 4. Température, 37°,5. Pouls 64.

Le 5. Température 37°,2. Pouls 76.

La malade a bien reposé toute la nuit, pas de vomissements. Elle allaite son enfant qui pèse 2,250 gr.

Le 6. État satisfaisant. Crevasses profondes des mamelons. La femme commence à allaiter seule son enfant. T. M. 37°, 2; T. S. 37°.

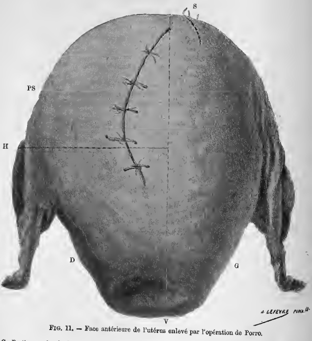


FIG. 11. — Face antérieure de l'utérus enlevé par l'opération de Porro.

G. Partie gauche de l'utérus. — D. Partie droite. — S. Ligne de section de l'opération qui se prolonge en pointillé sur la partie postérieure et gauche. — Les deux lignes V et H indiquent : la première, la section verticale et médiane, qui a été faite après congélation ; la seconde, la section horizontale de la moitié droite, dont les deux fragments PS et D sont reproduits (fig. 13 et 14).

Les jours suivants la température reste inférieure à 37°,5.
Le 7. 15 gr. huile de ricin, garde-robes abondantes, coliques intestinales.



Fig. 12. — Moitié gauche (G) de l'utérus représenté sur la fig. 11. Le placenta est inséré sur la face postérieure de l'utérus, qui présente une épaisseur moindre que la face antérieure.

Le 8. Ce matin la malade va bien. M. Lepage change le pansement et enlève les fils. La malade se plaint toujours de ses crevasses.



Fig. 13. — Fragment supérieur de la moitié droite de l'utérus. La partie claire est la coupe du cordon. La face antérieure de la figure vient s'appliquer sur la face supérieure de la fig. 14.



Fig. 14. — Sur la partie supérieure, on retrouve la zone claire de la fig. 13, représentant la coupe du cordon. L'épaisseur moindre de la face postérieure (FP) de l'utérus, sur laquelle s'insère le placenta, est ici très nette.

Le 12. 80 gr. huile de ricin. Garde-robes abondantes.

Le 13. Les crevasses sont beaucoup mieux. Inappétence.

Le 16. Les crevasses sont complètement cicatrisées.

L'enfant diminue et ne prend que 5 ou 10 gr. au sein de sa mère ; il pèse 2,580 gr.

Le 17. L'enfant diminue, la mère, qui s'alimente très mal, est très pâle : elle ne paraît pas avoir suffisamment de lait ; on fait nourrir par la nourrice, compression des seins.

Le 18. L'enfant augmente, il prend 70 ou 80 gr. à chaque tétée.

Le 22. L'enfant est envoyé en nourrice, il est en bon état, son poids est de 2,630 gr.

Le 23. M. Lepage fait le pansement de la plaie abdominale, il enlève le serre-nœud, le pédicule tombe. Lavage au sublimé. Mèche de gaze iodoformée dans l'ouverture

Le 25. Pansement ; lavage au sublimé, mèche de gaze iodoformée.

Le 28. La cicatrisation se fait, pansement à la gaze iodoformée.

La cicatrisation définitive a demandé quelque temps.

En résumé, cette observation est intéressante : 1° au point de vue de la viciation extrême du bassin et de la conduite tenue ; 2° en ce que les suites de couches ont été absolument apyrétiques ; 3° en ce que contrairement à ce qui est observé en pareil cas, cette femme ayant subi l'amputation utéro-ovarique n'a pas été une nourrice suffisante ; ce qui tient probablement à ce qu'elle s'alimentait fort peu.

Nous donnons ici le résumé ou la simple énumération des différentes thèses qui ont été faites sur nos conseils ou sous notre direction et pour lesquelles nous avons fourni des observations ou des documents pendant notre clinicat à la Maternité Baudelocque ou dans les suppléances faites dans plusieurs Maternités.

Du rachitisme intra-utérin. (Thèse A. Carton. Paris, 1893.)

Dans cette revue des principaux cas publiés de rachitisme intra-utérin, l'auteur rapporte une observation recueillie en ville par le professeur Pinard et par nous : il s'agit d'une femme enceinte pour la cinquième fois et chez laquelle il se développa vers le cinquième mois une hydramnios considérable qui néces-

sita la provocation de l'avortement par rupture artificielle des membranes.

La femme expulsa deux jumeaux identiques et présentant les mêmes malformations des membres supérieurs et inférieurs.

Dans une clinique faite sur ce sujet, M. le professeur Pinard a émis l'avis que ces lésions étaient probablement dues à la syphilis héréditaire.

De la procidence et du procubitus du cordon ombilical. (Thèse G. Gibory, 1893.)

C'est une étude statistique avec tableaux récapitulatifs de tous les cas de procidences et de procubitus du cordon observés à la Clinique Baudelocque de juillet à mai 1893. Les causes de ces deux complications y sont étudiées en détail ainsi que les différentes méthodes de traitement, parmi lesquelles l'emploi du ballon Champetier de Ribes qui permet d'obtenir assez rapidement une dilatation complète.

De l'auto-intoxication gravidique d'après une statistique prise à la Maternité de Baudelocque depuis sa fondation jusqu'au 1er janvier 1893. (Thèse Germond, 1893.)

Cette statistique comprend les faits dans lesquels les femmes ont présenté de l'albuminurie ou des accès éclamptiques. D'après nos conseils, l'auteur a divisé les femmes albuminuriques en quatre groupes.

1° Celles chez lesquelles l'albuminurie existe au cours de la grossesse.

2° Celles chez lesquelles les urines n'ont pas été examinées pendant la grossesse et qui présentent de l'albumine au cours du travail. Ces femmes peuvent être distinguées en deux groupes, suivant que le placenta présente ou non des foyers hémorrhagiques : dans le premier cas, il s'agit bien d'albuminurie méconnue pendant la grossesse ; dans le second cas, on peut admettre avec certaines réserves, que l'albuminurie n'est apparue qu'au cours du travail.

3° Les femmes dont les urines examinées pendant les derniers temps de la grossesse, ne contenaient pas d'albumine alors qu'elles en renferment pendant l'accouchement, c'est l'albuminurie du travail.

4° Les femmes chez lesquelles l'albumine n'existe que pendant les suites de couches.

Quant aux femmes éclamptiques, ce sont des femmes qui n'avaient pas été surveillées pendant leur grossesse et qui étaient entrées dans le service, seulement pendant quelques heures.

La mortalité fœtale chez les albuminuriques non traitées et dont les placentas présentent des foyers hémorrhagiques, atteint 25 p. 100 ; cette mortalité descend à 3 p. 100 chez les femmes qui ont été traitées, c'est-à-dire soumises au régime lacté absolu.

De la rupture artificielle des membranes pendant le travail (indications et contre-indications). (Thèse A. SAMALENS. Paris, 1893.)

Étude statistique sur les présentations du sommet (variétés postérieures) au point de vue de la fréquence et du pronostic. (Thèse M. CORBIÈRE. Paris, 1894.)

Contribution à l'étude des causes de l'accouchement prématuré. (Thèse VALLAIS, 1893.)

Ayant été frappé, en dépouillant les feuilles cliniques, de la fréquence des accouchements prématurés, nous avons prié le Dr Vallais de rechercher quelle était exactement cette fréquence : plus d'un tiers des femmes accouchent avant terme. Quant aux causes qui produisent l'expulsion prématurée du produit de conception, il faut mettre de côté celles qui tuent les fœtus (syphilis, albuminurie, etc.) ; parmi les autres causes on note : 1° l'insertion du placenta sur le segment inférieur s'accompagnant ou non de rupture prématurée des membranes ; 2° les particularités qui amènent une surdistension de l'utérus gravide (hydramnios, grossesse gémellaire) ; 3° celles qui entravent le développement complet de

l'œuf (malformation utérine) ; 4° les maladies organiques du cœur ou du poumon ; 5° l'auto-intoxication gravidique ; 6° les maladies aiguës fébriles. Sur nos conseils, Vallais aborde une question intéressante au point de vue social : l'influence du surmenage sur l'accouchement prématuré. Il semble, d'après les chiffres donnés par Vallais, que les femmes hospitalisées mènent leur grossesse à terme dans une proportion plus grande que celles qui continuent à travailler et à se fatiguer.

La mortinatalité à la clinique Baudelocque. (Thèse Ch. Leniep. Paris, 1893.)

Cette thèse comprend la statistique détaillée de tous les fœtus morts à la Clinique Baudelocque depuis le 1er juillet 1889 jusqu'au 1er octobre 1893. Se basant sur les tableaux statistiques publiés chaque année par le professeur Pinard et par nous, l'auteur étudie les causes de mort pendant la grossesse, pendant le travail et après la naissance.

C'est également en se basant sur les mêmes tableaux statistiques, que le Dr P. Sifflet (Th. Paris, 1895) a étudié le **pronostic dans la présentation du sommet, l'enfant étant viable.** La mortalité *expurgée* des enfants se présentant par le sommet est la suivante :

A. — Bassins normaux. — Mortalité totale sur 7,163 enfants, 2,90 p. 100, qui se décompose de la manière suivante : mortalité pendant le travail, 0,46 p. 100 ; mortalité après la naissance, 1,10 p. 100.

B. — Bassins viciés. — Sur 782 enfants, mortalité totale, 7,35 p. 100, qui se décompose en mortalité pendant le travail 5,16 p. 100 ; mortalité après la naissance, 2,30 p. 100. La mortalité fœtale dans les bassins viciés avant symphyséotomie était de 9,31 p. 100 ; elle est tombée depuis la symphyséotomie à 4,10 p. 100.

Étude statistique sur les applications du forceps chez les multipares. (Thèse de Darras. Paris, 1894.)

Il est intéressant de rechercher dans quels cas on est obligé de

recourir au forceps chez une femme dont le bassin mou a été déjà assoupli par un accouchement antérieur. Il ressort de cette étude que le plus habituellement on intervient à cause de l'état de souffrance du fœtus ou parce qu'il survient une complication dans l'état général de la mère. Dans deux observations, c'est l'excès de volume du fœtus, pesant l'un 6,150 gr. et l'autre 5,120 gr., qui a nécessité l'extraction à l'aide du forceps.

Cette thèse contient une observation qui nous est personnelle et dans laquelle on fut obligé de faire une application du forceps chez une secondipare qui présentait de la sténose du canal cervical consécutive à une cautérisation au chlorure de zinc.

De la miction chez les femmes en couches. (Thèse de RECHT, Paris 1894.)

Cette thèse a pour but de rechercher au bout de combien de temps se fait en moyenne la première miction après l'accouchement et de démontrer que cette miction est presque toujours spontanée, si l'on sait attendre un temps suffisant. On ne doit recourir qu'exceptionnellement au cathétérisme lorsque la vessie est très développée ou lorsque la femme souffre de la rétention d'urine. Cette thèse contient plusieurs observations qui nous sont personnelles : l'une est un cas de miction spontanée qui se produisit seulement quarante-deux heures après l'accouchement ; l'autre est un fait de cystite chez une accouchée à la suite d'un cathétérisme fait inutilement et sans asepsie.

Contribution à l'étude de l'allaitement maternel. (Thèse de Mme DLUSKI, Paris 1894.)

Dans ce travail, Mme Dluski montre que sur 500 femmes observées à la Clinique Baudelocque, il n'en est pas une chez laquelle la sécrétion lactée ait fait complètement défaut. Elle montre que 99 fois sur 100 la femme peut allaiter son enfant. Elle indique en outre les résultats obtenus par le pansement antiseptique du mamelon que nous avons préconisé.

Étude de quelques opérations sur l'utérus et les annexes dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement. (Thèse de P. LEFAYE, avril 1895.)

Dans cette thèse, faite sous notre inspiration, l'auteur étudie l'influence de certaines opérations telles que l'hystéropexie, l'ovariotomie, etc. sur la parturition; il rapporte deux observations qui nous sont personnelles de femmes ayant subi antérieurement l'hystéropexie. Chez toutes deux on a constaté une tendance à la non-accommodation pelvienne à la fin de la grossesse. De plus, chez l'une d'elles le fond de l'utérus ne pouvait s'élever dans la cavité abdominale; l'utérus par ses adhérences avec la paroi abdominale était maintenu dans une antéversion telle que le col de l'utérus était reporté au-dessus de l'angle sacro-vertébral.

Dans les deux cas, après l'accouchement l'utérus était maintenu élevé par des adhérences.

Dans son mémoire sur *La grossesse et l'accouchement après l'amputation du col* (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, janvier 1898), le Dr Audebert a inséré les deux observations suivantes que nous lui avons communiquées :

OBS. 14. — Il s'agit d'une femme ayant une affection du cœur et qui quelque temps après un premier accouchement a subi successivement un curettage, une amputation du col et une ablation d'un kyste de l'ovaire par la voie vaginale. Devenue enceinte une seconde fois, elle a été menacée d'accouchement prématuré à 7 mois et demi. Sous l'influence du repos la grossesse est allée à terme et l'accouchement s'est passé sans incident.

OBS. 15. — Il s'agit d'une femme tertipare observée à la Maternité de l'Hôtel-Dieu Annexe et à propos de laquelle nous avons fait le 2 septembre 1896, une conférence pour montrer les dangers qui peuvent résulter d'opérations mal pratiquées sur le col. Les deux premiers accouchements avaient été normaux. A la suite d'une *amputation atypique* du col, il se produisit de l'atrésie. Au moment du troisième accouchement la dilatation ne put se faire normalement, le travail dura 5 jours, l'enfant succomba et il fallut pratiquer une basiotripsie. Les difficultés que présenta cet accouchement ont été assez marquées pour légitimer en pareil cas l'opération de Porro ou l'hystérectomie abdominale totale.

De la mort apparente des nouveau-nés. (Travail fait en collaboration avec M. G. Brosset, externe des hôpitaux, et présenté à l'*Académie de médecine* en février 1894 pour le prix de l'hygiène de l'enfance.) Mention honorable.

Ce travail manuscrit de 234 pages est divisé de la manière suivante :

I. — Aprés l'introduction, se trouve un premier chapitre (pages 10-34) où sont résumés les principanx travaux publiés depuis A. Paré, Gnillemeau et Mauriceau sur ce sujet. On voit comment nos connaissances actuelles sur les causes de la mort apparente se sont peu à peu précisées au fur et à mesure que se sont développées les notions physiologiques sur le mécanisme de la respiration; on voit également quelles difficultés les auteurs ont éprouvées depuis Baudelocque pour donner une définition satisfaisante de cet état complexe.

II. — Dans le second cbapitre (pages 45-51) de pathogénie, nous étudions les phénoménes qui se passent du côté des appareils respiratoire et circulatoire au moment où naît le fœtus, puis les conditions qui amènent la mort apparente du nouveau-né. Il est bien difficile d'établir ici une division pathogénique véritablement rationnelle et scientifique, puisque les *vrais* cas *de mort apparente* sont ceux dans lesquels l'enfant peut étre ranimé et pour lesquels par conséquent le contrôle anatomique manque pour vérifier les hypothèses.

III. — Si les notions pathogéniques sont encore un peu incertaines, les causes de la mort apparente sont mieux connues (pages 52-66). Ce sont des :

1° *Causes provenant du placenta.* — Décollement prématuré du placenta inséré sur le segment inférieur ; plus rarement décollement du placenta inséré normalement.

2° *Causes provenant du cordon.* — a) *Procidence* ou *procubitus* (quelle qu'en soit la cause);

b) *Circulaire du cordon* autour du cou ou d'un membre ;

c) *Insertion vélamenteuse du cordon;*

d) Gêne de la circulation dans les vaisseaux du cordon par *brièveté naturelle* ou *accidentelle*.

3° *Le fœtus a souffert d'un travail prolongé* ou *d'interventions obstétricales* (forceps, version, etc.).

IV. — Symptomatologie (pages 66-143).— Lorsque l'enfant naît en état de mort apparente, on constate généralement *pendant le travail* les deux signes suivants : modification des bruits du cœur et expulsion du méconium.

Le fœtus, né en état de mort apparente, peut présenter les trois états suivants : 1° Il naît *étonné;* 2° il naît en état *syncopal;* 3° il naît en état *asphyxique*.

Suivent 36 observations de mort apparente recueillies par nous à la Clinique Baudelocque et qui peuvent être ainsi groupées.

Premier groupe. — *Dix-sept observations* dans lesquelles le fœtus né en état de mort apparente, a été ranimé d'une manière définitive soit par des moyens agissant par la révulsion de la peau, soit par désobstruction des voies respiratoires avec le doigt ou avec l'insufflateur de Ribemont-Dessaignes. Quant aux causes qui ont produit la mort apparente, on trouve :

4 fois un travail prolongé; dans deux cas l'obstacle était un rétrécissement du bassin, dans un cas la dystocie était causée par un néoplasme du col.

3 fois une procidence du cordon.

1 fois compression du cordon enroulé autour du cou.

1 fois compression du cordon entre le bras et le tronc.

3 fois présentation du siège.

Dans 4 cas, il a été impossible de préciser la véritable cause de la souffrance du fœtus.

Sur ces 17 observations, il y a eu sept fois rupture prématurée des membranes.

Dans un seul cas on a eu recours, mais d'une manière très peu prolongée, qui ne permet pas d'apprécier la méthode, aux tractions rythmées sur la langue.

Le deuxième groupe comprend *sept* observations dans lesquelles grâce à l'insufflation, on a pu faire revivre pour quelques heures

des enfsnts nés en état de mort apparente, mais qui en réalité étaient blessés à mort par le forceps.

Dans le TROISIÈME GROUPE il faut ranger 3 cas dans lesquels, malgré l'emploi de l'insufflation et des tractions rythmées sur la langue, les enfants n'ont pu être ranimés ; à l'autopsie on a trouvé des lésions incompatibles avec l'existence.

Le QUATRIÈME GROUPE renferme quatre observations dans lesquelles les fœtus nés en état de mort apparente ont été ranimés psr l'insufflation. Dans deux cas il semble bien que les tractions rythmées sur la langue ont donné des résultats inférieurs à l'insufflation.

Enfin le CINQUIÈME GROUPE comprend cinq fœtus qui, nés spontanément, ont succombé peu de temps après la naissance, après avoir été ranimés pendant quelques heures.

V. — DIAGNOSTIC et PRONOSTIC (pages 144-167). — Lorsqu'un fœtus naît en état de mort apparente, il est importsnt de reconnaître si l'état de mort est apparent ou réel : c'est en cela que résident les difficultés du diagnostic et du pronostic. De plus, quand un enfant est ranimé plus ou moins facilement, il n'est pas rare de le voir succomber définitivement quelques heures après : nous indiquons sur quels signes on peut se baser pour établir ce pronostic fatal. Enfin nous abordons le pronostic éloigné de la mort apparente du nouveau-né, c'est-à-dire l'influence de cet état asphyxique sur la production de *la maladie de Little* et des *paralysies infantiles spasmodiques*.

VI. — Les divers TRAITEMENTS (pages 167-216) employés pour combattre la mort apparente des nouveau-nés sont les suivants :

A. — Moyens employés pour produire le réflexe respiratoire en *excitant la sensibilité de la peau* (*bains froids, bains chauds ou sinapisés, frictions sur la colonne vertébrale*, etc.).

B. — Moyens employés pour produire le réflexe respiratoire par tractions rythmiques sur la langue (procédé de Laborde) avec discussion des observations rapportées par l'auteur de la méthode.

C. — Moyens employés pour désobstruer les premières voies aériennes et empêcher la pénétration dans les voies respiratoires

des mucosités contenues dans les fosses nasales et dans l'arrière-bouche (aspiration des mucosités).

D. — Méthodes de respiration artificielle analogues à celles qui sont usitées chez l'adulte, par exemple dans l'état de syncope respiratoire au cours de l'anesthésie chloroformique (procédé de Sylvester). Un autre procédé est celui de Schultze, usité en Allemagne.

E. — *Méthodes* d'excitation du réflexe respiratoire par insufflation d'air : 1° par l'insufflation de bouche à bouche ; 2° par l'insufflation à l'aide d'un instrument, en particulier à l'aide du tube de Chaussier, modifié par Ribemont-Dessaignes.

L'*index bibliographique* (217-231) comprend l'indication des principaux travaux français et étrangers publiés sur ce sujet.

Quant aux *conclusions* (232-234), elles sont les suivantes :

La mort apparente des nouveau-nés comprend les cas dans lesquels le fœtus, *immédiatement après son expulsion, ne présente aucun signe extérieur de la vie extra-utérine ou ne présente que des signes peu accusés tels que de faibles battements du cœur*, et peut cependant être ranimé d'une manière durable.

Il serait utile de séparer de ces faits ceux dans lesquels le fœtus n'est ranimé que pour quelques heures et succombe ; il serait plus juste de dire alors qu'il n'a présenté que des signes de *vie apparente*.

Nombreuses sont les conditions qui produisent la mort apparente du nouveau-né : d'une manière générale la dystocie, quelle qu'en soit la cause, en favorise souvent la production.

Il est un certain nombre de causes telles que la compression du cordon au cours du travail, la longueur de la période de dilatation et d'expulsion, dont l'intervention de l'accoucheur peut triompher plus ou moins aisément. Il en est d'autres contre lesquelles l'accoucheur est à l'heure actuelle puissamment armé, ce sont les cas où une application de forceps dans un bassin rétréci produit des lésions graves par réduction du volume de la tête. En sachant s'abstenir de ces opérations trop souvent meurtrières, on évitera souvent d'avoir à lutter contre un état qui se rapproche plus de la *mort réelle* que de la *mort apparente*.

Le pronostic de la mort apparente dépend essentiellement de la

cause qui l'a produite ; il est aussi influencé dans nombre de cas par le sang-froid, la persévérance et l'habileté de la personne chargée de ranimer l'enfant.

Dans les cas légers de mort apparente tous les moyens, même les plus simples, donnent de bons résultats.

Lorsque la vitalité de l'enfant est réellement un peu compromise par suite du non-établissement des fonctions cardio-respiratoires, l'emploi du tube de Ribemont-Dessaignes constitue la meilleure méthode de traitement ; elle remplit les deux indications capitales : (A) celle de désobstruer les voies aériennes trop souvent remplies de mucosités chargées de méconium ; (B) celle d'exciter le réflexe respiratoire par le contact direct de l'air avec l'arbre aérien. Cette méthode est, à l'heure actuelle, entre des mains exercées, celle qui donne les meilleurs résultats ; malheureusement, nombre de praticiens et de sages-femmes, n'étant pas familiarisés avec cet instrument, ne peuvent s'en servir qu'avec difficultés.

C'est une des raisons qui font que la méthode des tractions rythmées sur la langue, préconisée par le Dr Laborde, est appelée à rendre de grands services ; elle est d'une application facile, mais à l'heure actuelle, sauf une observation discutable, elle n'a pu réussir à ranimer des enfants que l'insufflation méthodique n'avait pas rappelés à la vie.

Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque (Clinique de la Faculté), dirigée par le professeur Adolphe Pinard. (Années 1889-1890, 1891, 1892, 1893, 1894, 1895, 1896.) — Année 1897 (sous presse).

Chacun de ces *sept comptes rendus analytiques et synthétiques* forme un *volume de cent pages* environ; il comprend le résumé de toutes les observations de l'année : les plus importantes sont rapportées *in extenso*.

Dans le premier volume se trouve une exposition du fonctionnement de la Clinique Baudelocque, de son installation, de l'enseignement théorique et pratique qui y est donné aux étudiants en médecine, etc. Chaque année sont ajoutés dans ce préambule les perfectionnements apportés dans le service.

Voici comment sont cataloguées les différentes observations :

Première partie. — Femmes qui ont avorté.

Deuxième partie. — Femmes qui ont accouché spontanément d'enfants se présentant par *le sommet*, avec la subdivision en :

a) Femmes ayant le bassin normal. Plusieurs tableaux indiquent les positions et variétés de positions, la durée totale du travail, la durée de la période d'expulsion, les diverses variétés de rupture des membranes. Les renseignements principaux sur la période de délivrance (présentation du placenta, durée de la délivrance, mode de délivrance), sont résumés dans un tableau en même temps que la température des accouchées. Quant aux fœtus, plusieurs tableaux détaillés indiquent ceux qui sont morts pendant le travail et ceux qui sont morts après la naissance.

b) Femmes ayant le bassin rétréci. Des tableaux où sont notés le degré de viciation pelvienne, la durée du travail, etc., résument les points essentiels de l'histoire obstétricale des femmes ayant le bassin rétréci.

Troisième partie. — Elle comprend les femmes chez lesquelles le fœtus s'est présenté autrement que par le sommet, c'est-à-dire les présentations du siège, de la face et de l'épaule.

Quatrième partie. — Elle contient toutes les opérations, c'est-à-dire forceps, versions, accouchements provoqués, symphyséotomies, basiotripsies, délivrances artificielles, etc. A la fin de cette partie un tableau récapitulatif fait connaître le nombre et la nature de toutes les opérations qui ont été pratiquées dans l'année.

Cinquième partie. — Dans la cinquième partie se trouvent résumées les observations :

1° Des femmes ayant une grossesse gémellaire ;

2° Des femmes dont les fœtus sont morts pendant la grossesse ;

3° De celles dont les fœtus présentent des malformations plus ou moins marquées.

Sixième partie. — Dans laquelle sont réunies les observations des femmes ayant eu des accès éclamptiques ou ayant présenté des hémorrhagies liées à l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

Septième partie. — Toutes les observations de femmes ayant succombé dans l'année y sont relatées *in extenso* avec le tracé thermométrique et les résultats de l'autopsie. Il est ainsi facile au lecteur de contrôler la manière dont sont interprétées ces observations au point de vue de la statistique de mortalité maternelle.

A la fin de chaque Fonctionnement se trouvent deux tableaux récapitulatifs : l'un pour les femmes, sur lequel on peut constater la mortalité intégrale et la morbidité ; l'autre pour les fœtus, dans lequel sont indiqués le nombre d'enfants nés et sortis vivants, le nombre d'enfants morts pendant la grossesse, le nombre d'enfants morts pendant le travail ou après la naissance.

Cette statistique détaillée porte donc actuellement sur un total de 15,394 accouchements observés dans le service du Pr Pinard à la Clinique Baudelocque et qui se répartissent ainsi par année :

Année 1889-1890	1,244
Année 1891	1,653
Année 1892	1,834
Année 1893	1,919
Année 1894	2,137
Année 1895	2,074
Année 1896	2,280
Année 1897	2,253
Total	15,394

Il est facile de comprendre qu'une statistique, ainsi détaillée, reposant sur des faits aussi nombreux observés dans les mêmes conditions, fournit une base d'appréciation solide pour la plupart des questions qui intéressent l'accoucheur.

Dans une communication faite à la Société de Médecine publique d'hygiène professionnelle (mars 1898), nous avons fait ressortir les avantages qui résultaient de cette publication annuelle au point de vue des accouchées et de l'enseignement; nous avons en même temps fait connaître la méthode employée par nous pour le dépouillement et le classement de ces observations, afin d'éviter aux chefs de service des Maternités qui voudraient publier leurs statistiques intégrales, ainsi que le fait chaque année le professeur Pinard, les tâtonnements et les difficultés que nous avons éprouvés les premières années pour rédiger cette publication.

PRÉCIS D'OBSTÉTRIQUE

(En collaboration avec M. le Dr A. RIBEMONT-DESSAIGNES.)

1re ÉDITION, parue le 1er juin 1893 (1324 pages et 476 figures).

Ce livre qui a été présenté à l'Académie de médecine par le professeur Tarnier, y a été récompensé par une fraction du *prix Saintour* et a été également récompensé à la Faculté de médecine de Paris par une partie du *prix Châteauvillard.*

2me ÉDITION, parue le 1er janvier 1896 (1294 pages et 548 figures).

Dans la deuxième édition, nous avons utilisé en divers chapitres les chiffres qui nous sont fournis par le résumé des statistiques de la Clinique Baudelocque.

Cette seconde édition a été traduite *en espagnol* par le Dr Antonio Fernandy Chacon (de Madrid).

3me ÉDITION, parue le 15 juillet 1897 (1395 pages et 590 figures).

Cette édition comprend une partie supplémentaire résumant les principales notions de la tératologie.

4me ÉDITION *(sous presse).*

Le *Précis d'obstétrique* reproduit dans ses grandes lignes l'enseignement actuel de l'obstétrique en France. Il est divisé en douze parties.

PREMIÈRE PARTIE. — Elle comprend les données actuelles sur l'anatomie et la physiologie des organes génitaux de la femme. Nous nous sommes attachés à exposer les phénomènes de la fécondation d'après les travaux les plus récents qui montrent l'importance du noyau de la cellule.

La DEUXIÈME PARTIE comprend tout ce qui a trait au développement de l'ovule fécondé et l'étude de la grossesse normale au point

de vue des modifications locales et générales qu'elle apporte à l'organisme maternel. Les *signes* de la grossesse constatés à l'aide des divers moyens d'exploration précèdent l'étude du diagnostic de la grossesse. Nous avons essayé de préciser comment on peut arriver à reconnaître de bonne heure l'existence de la grossesse.

La TROISIÈME PARTIE traite de *l'antisepsie obstétricale*. Il nous a paru important d'étudier les différentes précautions que doit prendre l'accoucheur pour éviter l'infection de la femme.

La QUATRIÈME PARTIE est peut-être la plus importante. Après une description anatomique du bassin, l'accouchement dans la présentation du sommet y est étudié en détail. Plus rapide est la description de l'accouchement dana les autres présentations. Nous avons insisté avec grand soin sur les phénomènes physiologiques qui se produisent au moment de la délivrance et sur la meilleure manière de diriger ce second temps de l'accouchement.

Dans la CINQUIÈME PARTIE sont exposés les soins à donner au nouveau-né ainsi que les principes qui doivent guider l'allaitement maternel.

La SIXIÈME PARTIE comprend toute la *pathologie de la grossesse* à propos de laquelle nous avons cherché à faire connaître les notions nouvelles de pathologie générale sur différents points, en particulier sur des questions aussi importantes que la toxémio gravidique. Ce chapitre comprend en outre une description de *l'avortement*, de *l'accouchement prématuré spontané* et de la *grossesse extra-utérine*.

La SEPTIÈME PARTIE renferme tout ce qui a trait aux *grossesses* et aux *accouchements multiples*.

Dans la HUITIÈME PARTIE se trouvent *toute la dystocie maternelle* (viciations du bassin, dystocie des parties molles) et toute la *dystocie fœtale*.

Dans la NEUVIÈME PARTIE, sont réunies toutes les opérations obstétricales. Nous n'avons conservé de l'arsenal obstétrical que les instruments actuellement usités et qui suffisent à tous les besoins de la pratique. Nous avons recherché, en indiquant pour chaque opération le manuel opératoire, à bien préciser les indications et les contre-indications de toute intervention. La symphyséotomie renaissante devait tout naturellement occuper une place importante dans cette partie de l'ouvrage.

La DIXIÈME et la ONZIÈME PARTIE renferment les notions les plus importantes à l'accoucheur sur la *pathologie du nouveau-né* et la *pathologie des suites de couches.*

La TROISIÈME ÉDITION comprend une DOUZIÈME PARTIE renfermant les notions de la tératologie et la classification des monstruosités.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE